



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Tuesday, September 20, 2005

Le mardi 20 septembre 2005

Issue No. 27

Fascicule n° 27

Thirty-eighth and thirty-ninth meetings on:
Mental health and mental illness

Trente-huitième et trente-neuvième réunions concernant :
La santé mentale et la maladie mentale

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

| | |
|--------------------|--------------------|
| * Austin, P.C. | Gill |
| (or Rompkey, P.C.) | Johnson |
| Callbeck | LeBreton |
| Cochrane | * Kinsella |
| Cook | (or Stratton) |
| Cordy | Pépin |
| Fairbairn, P.C. | Trenholme Counsell |

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

| | |
|--------------------|--------------------|
| * Austin, C.P. | Gill |
| (ou Rompkey, C.P.) | Johnson |
| Callbeck | LeBreton |
| Cochrane | * Kinsella |
| Cook | (ou Stratton) |
| Cordy | Pépin |
| Fairbairn, C.P. | Trenholme Counsell |

*Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, September 20, 2005
(49)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:07 a.m., this day, in room 257 East Block, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Gill, Keon, Kirby and Pépin (7).

Other senator present: The Honourable Senator Pearson (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Nancy Miller-Chenier, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Assembly of First Nations:

Valerie Gideon, Director of Health and Social Secretariat;

Shawn Atleo, Chief A-in-chut, B.C. Regional Chief.

Inuit Tapiriit Kanatami:

Onalee Randell, Director of Health.

Pauktuutit Inuit Women's Association:

Jennifer Dickson, Executive Director;

Leesie Nagitarvik.

National Aboriginal Health Organization:

Donna Lyon, Director.

Aboriginal Healing Foundation:

Dr. Gail Valaskakis, Director of Research.

Each participant, in turn, introduced themselves. Valerie Gideon, Shawn Atleo, Onalee Randell, Donna Lyon, Gail Valaskakis, Leesie Nagitarvik and Jennifer Dickson each made a statement.

Together all the witnesses participated in a roundtable discussion with the members of the committee.

At 11:55 a.m., Senator Keon took the Chair.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mardi 20 septembre 2005
(49)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 7, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Gill, Keon, Kirby et Pépin (7).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Pearson (1).

Également présents : Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos et Nancy Miller-Chenier, analystes, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé au Canada et en particulier des questions relatives à la santé mentale et à la maladie mentale. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Assemblée des Premières nations :

Valerie Gideon, directrice du Secrétariat à la santé et au développement social;

Shawn Atleo, Chef A-in-chut, chef régional de la Colombie-Britannique.

Inuit Tapiriit Kanatami :

Onalee Randell, directrice de la santé.

Pauktuutit Inuit Women's Association :

Jennifer Dickson, directrice exécutive;

Leesie Nagitarvik.

Organisation nationale de la santé autochtone :

Donna Lyon, directrice.

Fondation autochtone de guérison :

Dre Gail Valaskakis, directrice de la recherche.

Les participants se présentent, chacun leur tour. Valerie Gideon, Shawn Atleo, Onalee Randell, Donna Lyon, Gail Valaskakis, Leesie Nagitarvik et Jennifer Dickson font chacun une déclaration.

Ensemble, tous les témoins participent à une table ronde avec les membres du comité.

À 11 h 55, le sénateur Keon occupe le fauteuil.

At 12:05 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Tuesday, September 20, 2005
(50)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:03 p.m., this day, in room 257 East Block, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Keon, Kirby and Pépin (8).

Other senator present: The Honourable Senator Pearson (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Nancy Miller-Chenier, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Native Mental Health Association:

Bill Mussell, Chair.

North Peace Tribal Council:

Lorraine Boucher, Director of Health Programs.

Native Psychologists of Canada:

Dr. Arthur W. Blue, Psychologist.

National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization:

Debbie Dedam-Montour, Executive Director.

Nodin Counselling Services:

James Morris, Executive Director.

Nunavut Kamatsiaqtut Help Line:

Sheila Levy, President.

Dilico Ojibway Child and Family Services:

Arnold Devlin.

The Chair made an opening statement.

Each participant, in turn, introduced themselves.

À 12 h 5, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mardi 20 septembre 2005
(50)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 3, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Keon, Kirby et Pépin (8).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Pearson (1).

Aussi présents : Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos et Nancy Miller-Chenier, analystes, Division des affaires politiques et sociales.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé au Canada, et en particulier des questions relatives à la santé mentale et à la maladie mentale. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Native Mental Health Association :

Bill Mussell, président.

North Peace Tribal Council :

Lorraine Boucher, directrice des programmes de santé.

Native Psychologists of Canada :

M. Arthur W. Blue, psychologue.

National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization :

Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive.

Nodin Counselling Services :

James Morris, directeur exécutif.

Nunavut Kamatsiaqtut Help Line :

Sheila Levy, présidente.

Dilico Ojibway Child and Family Services :

Arnold Devlin.

Le président fait une déclaration liminaire.

Les participants se présentent, chacun leur tour.

Arnold Devlin, Sheila Levy, James Morris, Bill Mussell, Arthur Blue, Lorraine Boucher and Debbie Dedam-Montour each made a statement.

Together all the witnesses participated in a roundtable discussion with the members of the committee.

At 3:55 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

Arnold Devlin, Sheila Levy, James Morris, Bill Mussell, Arthur Blue, Lorraine Boucher et Debbie Dedam-Montour font chacun une déclaration.

Ensemble, tous les témoins participent à une table ronde avec les membres du comité.

À 15 h 55, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, September 20, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Welcome. I thank all our guests for coming such great distances to appear before the committee today to provide their views on these important issues.

The committee is in the process of completing its study on mental health, mental illness and addiction: The report of the committee will be out in January, 2006. Senator Gill, who still lives on-reserve in Quebec, and other committee members deemed it important to have one extra day focused solely on the situation of Aboriginal issues. We were appalled by the evidence that we heard in terms of incidence rates; and it is important that we hear viewpoints from across the country.

I ask the witnesses to introduce themselves and provide the committee with three to five key recommendations to improve the state of mental health, mental illness and addiction services for the people with whom they work. That section will be followed by a discussion. The forum today is designed to receive input from, and ask questions of, all witnesses on issues that are of interest and concern to the committee. A number of formal briefs have been submitted to the committee that will be read ultimately. However, for the purposes of discussion, it would be useful to hear those recommendations today. Ms. Gideon, please proceed. I ask that you limit your comments to five to ten minutes.

Valerie Gideon, Director of Health and Social Secretariat, Assembly of First Nations: We had the opportunity to speak with you on National Aboriginal Day, June 21. You have my notes from that discussion in which we provided a general overview of some of our ideas and recommendations. Today, we intend to provide specific points around the four questions that the committee provided in its interim report.

The first questions are about the top priorities that the federal government must act upon as it begins the process of changing the way it delivers mental health services and addictions. At our last annual general assembly in July, a resolution was passed by the chiefs that called for the Government of Canada to be made accountable for its decision to allocate very limited resources to youth suicide prevention without fostering, over the longer term, the involvement of First Nations in that strategy development. Also, the resolution demanded that the federal government provide additional support for a comprehensive and holistic First Nations wellness strategy. Certainly, that strategy would have mental health and suicide prevention as a key point of focus. It would look at a holistic approach for mechanisms that would enable communities to have the flexibility to allocate resources toward priorities and make linkages with some of the health

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 20 septembre 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner les questions relatives à la santé mentale et à la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Bienvenue. Je remercie tous nos invités d'être venus de si loin pour se présenter devant le comité aujourd'hui et partager leurs points de vue sur ces questions importantes.

Le comité est sur le point de terminer son étude sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Le rapport du comité sera publié en janvier 2006. Le sénateur Gill, qui vit encore dans une réserve au Québec et d'autres membres du comité ont jugé important d'ajouter un jour qui sera exclusivement consacré aux questions touchant les Autochtones. Les témoignages sur les taux d'incidence nous ont consterné. Il est important que nous entendions des points de vue de toutes les régions du pays.

Je demande aux témoins de se présenter et de proposer au comité trois des cinq recommandations clés visant à améliorer, pour les gens qui y travaillent, les services en santé mentale, en maladie mentale et de lutte contre les toxicomanies. Puis, nous aurons une discussion qui permettra au comité d'avoir l'apport des témoins sur les questions qui l'intéresse et le préoccupe et de leur poser des questions. Le comité a reçu quelques brefs comptes rendus qui seront lus. Cependant, pour les fins de la discussion, il serait utile d'entendre ces recommandations aujourd'hui. Mme Gideon, je vous invite à prendre la parole. Veuillez limiter votre intervention à pas plus de cinq ou dix minutes.

Mme Valerie Gideon, directrice du Secrétariat à la santé et au développement social, Assemblée des Premières nations : Nous avons eu l'occasion de vous parler le 21 juin, Journée nationale des Autochtones. Vous avez des notes que j'ai prises au cours de cette discussion et qui donnent une vue d'ensemble de certaines de nos idées et recommandations. Aujourd'hui, nous allons soulever des points précis entourant les quatre questions posées par le comité dans son rapport intérimaire.

Les premières questions concernent les grandes priorités auxquelles le gouvernement fédéral doit donner suite alors qu'il entreprend de changer sa prestation de services en santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. Lors de notre dernière assemblée générale annuelle au mois de juillet, une résolution a été adoptée par les chefs, cette résolution demandait que le gouvernement du Canada soit redevable de sa décision d'allouer des ressources très limitées pour la prévention du suicide chez les jeunes sans encourager la participation, à long terme, des Premières nations dans l'élaboration de cette stratégie. La résolution demandait aussi un plus grand soutien du gouvernement fédéral pour l'élaboration d'une stratégie globale et holistique visant le bien-être des Premières nations. La santé mentale et la prévention du suicide seront certainement les points essentiels de cette stratégie. La stratégie visera une approche

determinants that are fundamental, such as education, housing, and social and environmental issues. Regional Chief Shawn Atleo, as a portfolio holder for the Assembly of First Nations on housing, would like to discuss some of those related issues.

The resolution also supported the need for appropriate funding for First Nations to develop and administer regional treatment facilities for drug addictions and solvent abuse. We have several outstanding proposals submitted by First Nations to look at developing or creating new treatment centres that would have a broad mandate beyond strictly alcohol, for example, or some of the more well-known drugs to look at some of the emerging addictions, such as crystal meth, for example, that play a pivotal role in mental health and suicides in our communities.

The Chiefs in Assembly demanded that the federal government begin to narrow the jurisdictional gap on services by supporting and promoting First Nations community-based strategies and planning for their membership. The Chiefs in Assembly also demanded that each respective First Nation be afforded the ability to select appropriate local urban organizations establishing those linkages while recognizing that the majority of our populations live off reserve and in urban settings where they face high levels of poverty and other social and health-related issues. Finally, the Chiefs in Assembly demanded that the Government of Canada provide First Nations with approved services for their communities to build their capacity to effectively and sustainably manage ongoing issues such as the legacy of residential schools and to recognize the various approaches to youth suicide prevention within diverse First Nations communities.

The resolution resonates with some of the recommendations from the Romanow report and the Royal Commission on Aboriginal Peoples that had specifically recommended an increased transfer of funding to First Nations communities to develop and maintain their own health centre facilities and, underneath that, the mental health services with strategic linkages to provincial and territorial jurisdictions. We think that this approach is aligned with the recognition of the nation-to-nation relationship and First Nations jurisdiction in health that currently exists.

A collaborative action plan and wellness strategy between federal and First Nations leadership would immediately address the mental wellness crisis in a manner that is collaborative, comprehensive and culturally relevant. Critical to the success of this wellness strategy is the long-term renewal of the Aboriginal Healing Foundation. Dr. Gail Valaskakis will provide more information about those activities. We believe that the momentous work of this organization over the past several years should be leveraged to expand and sustain community healing projects. The substantial increase in the number of trained

holistique des mécanismes permettant aux collectivités la flexibilité d'allouer des ressources aux priorités et d'établir des liens avec certains déterminants de la santé tels que l'enseignement, le logement et les questions sociales et environnementales. Le chef régional Shawn Atleo, en tant que détenteur d'un portefeuille à l'Assemblée des Premières nations pour le logement, aimerait parler de certaines de ces questions connexes.

La résolution défend aussi la nécessité d'un financement approprié versé aux Premières nations pour développer et administrer des établissements régionaux de traitement pour lutter contre les toxicomanies et les abus de solvants. Les Premières nations ont soumis plusieurs excellentes propositions portant sur le développement ou la création de nouveaux centres dont les traitements ne se limiteront pas à ceux de l'alcoolisme, par exemple, ou des drogues les plus populaires. Un tel mandat leur permettra d'étudier certaines nouvelles drogues, comme la méthamphétamine par exemple, qui joue un rôle capital au plan de la santé mentale et des suicides dans nos collectivités.

L'Assemblée des chefs a demandé que le gouvernement fédéral trouve une solution au problème du partage des compétences au plan des services en soutenant et en favorisant des stratégies et des planifications élaborées par les Premières nations pour leurs membres. L'Assemblée des chefs a aussi demandé que soit donné à chacune des Premières nations la possibilité de choisir des organisations urbaines locales appropriées pour établir ces liens tout en reconnaissant que la majorité de nos populations vit à l'extérieur des réserves et dans des centres urbains où elles connaissent des taux élevés de pauvreté et d'autres problèmes sociaux et liés à la santé. L'Assemblée des chefs a aussi demandé que le gouvernement du Canada fournisse aux Premières nations des services approuvés qui permettront à leurs collectivités d'accroître leur capacité à gérer efficacement et durablement les problèmes permanents tels que l'héritage des pensionnats et à reconnaître les diverses approches à la prévention du suicide chez les jeunes dans les diverses collectivités des Premières nations.

La résolution énonce quelques recommandations du rapport Romanow et de la Commission royale sur les peuples autochtones qui avaient expressément proposé une augmentation du transfert du financement aux collectivités des Premières nations pour développer et entretenir leurs propres établissements de santé et les services en santé mentale au moyen de liens stratégiques établis avec les compétences provinciales et territoriales. Nous pensons que cette approche s'aligne sur la reconnaissance du rapport de nation à nation et de la compétence des Premières nations dans le domaine de la santé actuels.

Un plan d'action conjoint et une stratégie du bien-être élaborés entre le gouvernement fédéral et les Premières nations résoudraient immédiatement la crise de la santé mentale d'une façon collaborative, globale et pertinente sur le plan culturel. Le renouvellement à long terme de la Fondation autochtone de guérison est un élément critique de la réussite de cette stratégie de bien-être. La Dre Gail Valaskakis fournira de plus amples renseignements sur ces activités. Nous croyons que pour élargir et maintenir des mesures de guérison communautaire, il convient de tirer parti de l'énorme travail qu'a fait cette organisation ces

front-line workers and an increase in the number of First Nations mental health and addictions professionals is fundamental to this work.

The second question your interim report asked related to the appropriate structures to ensure that First Nations have adequate input into the design of services they need. I have answered to some of those concerns in my earlier points. First Nations governments must be recognized in their current role in the delivery of health services as well as in the expanded role they are seeking, which they believe stems from their inherent right to self-government that was asserted in the political accord signed between the national chief and the Honourable Minister of Indian Affairs and Northern Development, Andy Scott, on behalf of the Government of Canada at the cabinet retreat, May 31.

I will not go into detail with respect to data-related recommendations. I have already suggested that the First Nations regional longitudinal national health survey be looked at as an option and a vehicle for responding to data needs of First Nations.

I am glad Donna Lyons is here. She is currently managing that initiative and will be able to provide you with more detail. The assembly fully supports that initiative as a data source and an ongoing monitoring of the equality and access of mental health services in First Nations communities.

The involvement of traditional healers and the inclusion of elders in any approach to provide a balance between scientific and traditional approaches to mental wellness services is critical. I wanted to recognize that, in 2002, the Government of Canada through Health Canada, the Assembly of First Nations and the Inuit Tapiriit Kanatami undertook collaborative development of a First Nations and Inuit mental wellness framework that remains relevant today.

Your third question asked how the federal government could better organize itself to deliver services in a more efficient and effective manner. The involvement of First Nations communities in that progress is fundamental, including in all aspects of policy development as well as their inaction in reporting and funding structures. These structures should be transformed so that they are enabling tools rather than barriers to the implementation by communities of holistic approaches to mental wellness. An example of that transformation is multi-year flexible funding arrangements and reporting based on outcomes versus administrative data.

Shawn Atleo, Chief A-in-chut, B.C. Regional Chief, Assembly of First Nations: I feel strongly that the particular question is really how the government should support First Nations people in their own communities, and how to empower the leadership and the experts in the communities who have the solutions.

dernières années. L'augmentation sensible du nombre des travailleurs de première ligne formés et du nombre des professionnels autochtones en santé mentale et en lutte contre les toxicomanies est essentielle pour ce travail.

La deuxième question posée dans votre rapport intérimaire porte sur les structures appropriées qui assureraient une participation appropriée des Premières à la conception des services dont elles ont besoin. J'ai déjà répondu tout à l'heure à certaines de ces préoccupations. Les gouvernements des Premières nations doivent être reconnus pour leur rôle actuel dans la prestation de services de santé et pour le rôle plus important qu'elles recherchent; rôles qui proviennent, à leur avis, de leur droit inhérent à l'autonomie qui a été affirmé dans l'accord politique signé le 31 mai à la retraite du Cabinet par le chef national et l'honorable ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien, Andy Scott, au nom du gouvernement du Canada.

Je ne vais pas m'attarder sur les recommandations concernant les données. J'ai déjà suggéré que l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations devrait être considérée comme une option et un outil pour répondre aux besoins en données des Premières nations.

Je suis contente que Donna Lyons soit ici. Elle gère cette initiative et pourra vous donner plus de détails. L'Assemblée appuie totalement cette initiative comme source de données et comme surveillance permanente de la qualité et de l'accès aux services en santé mentale dans les collectivités des Premières nations.

La participation des guérisseurs traditionnels et l'inclusion des aînés dans les approches visant à fournir un équilibre entre les méthodes scientifiques et traditionnelles dans les services en santé mentale sont essentielles. Je tenais à signaler qu'en 2002, le gouvernement du Canada par l'intermédiaire de Santé Canada, l'Assemblée des Premières nations et Inuit Tapiriit Kanatami ont élaboré conjointement un cadre pour la santé mentale des Premières nations et des Inuits qui est pertinent à ce jour.

La façon dont le gouvernement fédéral pourrait mieux s'organiser pour fournir des services d'une manière plus efficace et plus efficiente constitue votre troisième question. Il est essentiel que les collectivités des Premières nations y participe, aussi bien dans tous les aspects de l'élaboration de la politique et que leur inaction dans les structures de rapport et de financement. Ces structures devraient être transformées pour aider au lieu d'empêcher la mise en oeuvre par les collectivités d'approches holistiques à la santé mentale. Les dispositions en matière de financement pluriannuel flexible et les rapports fondés sur des résultats et non sur des données administratives sont des exemples de cette transformation.

M. Shawn Atleo, chef A-in-chut, chef régional de la C.-B., Assemblée des Premières nations : La question qui se pose vraiment est de quelle façon le gouvernement devrait aider les Premières nations dans leurs collectivités et comment habiliter les dirigeants et les experts de ces collectivités qui ont les solutions.

I appreciate Ms. Gideon providing some consistency with the last report, but upon her conclusion I should like to intervene specifically with regard to my community situation, which I believe has broad implications.

The Chairman: Certainly.

Ms. Gideon: I wish to emphasize that collaboration with Health Canada, the assembly and ITK continues in this area. In the last couple of months we have created a First Nations and Inuit mental wellness advisory committee. The committee is looking into developing an action plan and a strategy over the short-, medium- and longer-term to continue to work collaboratively. The plan will address some of the priority areas of action and will develop specific proposals for the federal government with respect to how to move forward. We would appreciate the support of your committee in that initiative as well as any opportunities that you can offer to us to bring profile to that initiative through the upcoming First Ministers Meeting on Aboriginal issues.

Your fourth question in the report was with regard to whether First Nations would support financial incentives to encourage Aboriginal Canadians to become mental health workers. We fully support such financial incentives. The key to success will be the mentoring of First Nations and ensuring a direct link with First Nations communities in those types of training and education initiatives. Communities can then foster their youth to enter into these professions and can continue to support them through the cycle of their education and training so that they can come back to the communities to work and provide support throughout the seven generations to come.

It is fundamental to ensure that there is that link and that those financial incentives do not reside strictly with non-First Nations institutions and organizations.

I will conclude on that point.

[Mr. Atleo spoke in his native tongue]

Mr. Atleo: I come from the house of Klakishpiitl in the Ahousaht First Nation on the West Coast of Vancouver Island. I am otherwise known as Shawn Atleo. My last name, "Atleo," is an historic Ahousaht name. "Atleo" comes from the word *ukleatlo* which is the cedar branch. The *atliuu* is a twisted rope made out of cedar root that was used in whale hunting. My great-great-grandfather was the last to go out hunting in the Ahousaht tradition. The *atleo* itself talks about the pursuit of resources for the people. It talks about the spiritual preparation, physical preparation and pragmatics around going out to get a great whale. It takes months of planning and preparation and much community teamwork.

When a whale comes in to the village, each Ahousaht has a predetermined right to a piece of that whale. It is a form of governance that we still have today in our names and our practises of government. As far as we know, I am the twenty-third generation hereditary chief of my people. Therefore, I come to the practice of governance honestly in terms of it being a family event.

J'apprécie le fait que Mme Gideon ait apporté une certaine cohérence au dernier rapport, mais quand elle aura conclu, je voudrais intervenir pour parler de la situation dans ma collectivité qui a, je crois, des implications plus larges.

Le président : Certainement.

Mme Gideon : J'aimerais souligner que la collaboration avec Santé Canada, l'assemblée et ITK continue dans ce domaine. Au cours des deux derniers mois, nous avons créé un comité consultatif sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits. Le comité cherche à élaborer un plan d'action et une stratégie à court, à moyen et à long termes pour continuer à collaborer. Le plan traitera des secteurs prioritaires et fera des propositions spécifiques au gouvernement fédéral sur la façon de réaliser des progrès. Nous vous serions reconnaissants d'appuyer cette initiative ainsi que toute occasion que vous pourriez nous offrir pour attirer l'attention sur cette initiative à la prochaine réunion des premiers ministres sur les questions autochtones.

Votre quatrième question dans le rapport visait à savoir si les Premières nations soutiendraient des incitatifs financiers qui encourageraient les Autochtones du Canada à devenir des travailleurs en santé mentale. Nous soutenons totalement de tels incitatifs. Le mentorat des Premières nations et l'établissement d'un lien direct avec les collectivités autochtones qui ont ce type d'initiatives dans les domaines de la formation et de l'éducation constituent la clé de la réussite. Les communautés peuvent ensuite encourager leurs jeunes à entrer dans ces professions et continuer à les aider durant toutes leurs études et leur formation afin qu'ils puissent revenir travailler dans les communautés et assurer un soutien pour les sept générations futures.

Il est important de s'assurer que ce lien existe et que ces incitatifs financiers ne se limitent pas aux établissements et organismes non autochtones.

Je vais conclure là-dessus.

[M. Atleo s'exprime en langue autochtone.]

M. Atleo : Je suis de la maison de Klakishpiitl dans la Première nation Ahousaht sur la côte Ouest de l'île de Vancouver. On me connaît aussi sous le nom de Shawn Atleo. Mon nom de famille « Atleo » est un nom Ahousaht historique. « Atleo » vient du mot « *ukleatlo* » qui signifie la branche du cèdre. L'« *atliuu* » est une corde torsadée faite avec de la racine de cèdre et qui était utilisée dans la chasse à la baleine. Mon arrière arrière grand-père était le dernier à chasser selon la tradition Ahousaht. L'« *atleo* » évoque la recherche des ressources, la préparation spirituelle, la préparation physique et la pragmatique liée à la chasse à la baleine. Cela demande des mois de planification, de préparation et beaucoup de travail d'équipe au sein de la collectivité.

Quand une baleine est apportée au village, chaque Ahousaht a un droit de fait à un morceau de cette baleine. C'est une forme de gouvernance que nous avons encore aujourd'hui dans nos noms et notre façon de gouverner. À notre connaissance, je suis le 23^e chef héréditaire de mon peuple. Donc, pour moi la gouvernance est pratiquement une activité familiale.

I am also co-chairman of the Nuuchahnulth Tribal Council, representing 14 First Nations on the West Coast of Vancouver Island. For the last year and a half, I have been working as Regional Chief for British Columbia.

I appreciate the opportunity to have Ms. Gideon present to you. She is the national coordinator on the issue of health for the Assembly of First Nations and she is doing a tremendous job. I appreciate the opportunity to provide some insight on, and to emphasize, this critical issue. I cannot understate how important it is. It is a real crisis.

I will turn 39 years old soon, and I must be honest and say that I did not expect to make it to this age. I have been celebrating for 10 years now, because I thought achieving the age of 29 might be a great success. It is good that I can laugh about it now, and I do, because I certainly enjoy life. However, only 50 per cent of those in my age group from my village are still living. Of the kids I used to go fishing with, and play with on the beaches of my village, most are gone. Tragically, most have died through suicides and other forms of violent deaths.

The most recent attempted suicide in my village was last weekend. It was an attempted hanging by a young person. However, the young people are not the only ones attempting suicide. People in their mid-fifties and children as young as eight are attempting and committing suicide.

For years, I did not want to go to funerals. For years I went to funerals where people did not talk about the situation. That has changed in my village, the village of Ahousaht. There were over 60 attempts in six months after a successful suicide in December. As I mentioned, there was another attempt only this last weekend. It is critically important that you take the time to engage with our experts and our organizations to study this issue, because it has been exploding.

I brought along some additional information from my own village on the issue of suicide that I hope we can share with the committee. Through the 1990s, we saw a decline in suicide attempts and completions amongst the Nuuchahnulth. While there is no one factor that we can point to, I know that the work of the Aboriginal Healing Foundation was tremendous for our people. The foundation allowed for community-based design and delivery of healing. We make absolutely no bones about the fact that our community, I think it is fair to say, is in a post-traumatic stress state.

People such as my father attended the Alberni Indian Residential School for 12 years, and he had all of the worst abuses of the residential school thrust at him, including pricking the tongue when he tried to speak his language. I remember some of the best things about living in my little village; the fishing and the culture. I also remember the worst — the abuse, the violence, the murders, the rapes, the massive suicides and the heavy addictions that in many ways still continue in many of our communities.

Je suis aussi coprésident du Conseil tribal de Nuuchahnulth qui représente 14 Premières nations sur la Côte Ouest de l'île de Vancouver. Depuis un an et demi, j'occupe les fonctions de chef régional pour la Colombie-Britannique.

Je me réjouis de la présence de Mme Gideon aujourd'hui. Elle est la coordinatrice nationale de la question de la santé de l'Assemblée des Premières nations et elle fait un travail excellent. Je me réjouis de l'occasion qui m'est donnée de jeter un peu de lumière sur cette question et de souligner son importance. Je n'arrive pas à imaginer combien elle est importante. C'est une vraie crise.

J'aurai 39 ans bientôt et je vous avoue franchement que je ne m'attendais pas atteindre cet âge. Il y a 10 ans que je fête cela, car je pensais qu'atteindre l'âge de 29 ans était une grande réussite. Je suis content de pouvoir en rire aujourd'hui, et j'en ris, car j'adore la vie. Toutefois, seulement 50 p. 100 de personnes de mon groupe d'âge sont encore en vie dans mon village. La plupart des enfants avec lesquels j'allais pêcher et jouer sur les plages de mon village ont tragiquement disparu, la plupart se sont suicidés ou ont subi d'autres morts violentes.

La plus récente tentative de suicide dans mon village a eu lieu la fin de semaine dernière. Une jeune personne a essayé de se pendre. Mais, il n'y a pas que les jeunes qui tentent de se suicider. Des personnes au milieu de la cinquantaine et des enfants âgés d'à peine huit ans se suicident et tentent de se suicider.

Pendant des années, je n'ai pas voulu assister à des funérailles. Pendant des années, je suis allé à des funérailles où les gens ne voulaient pas parler de la situation. Cela a changé dans mon village, le village de Ahousaht. Il y a eu plus de 60 tentatives dans les six mois qui ont suivi un suicide réussi au mois de décembre. Comme je l'ai dit, il y a eu une autre tentative seulement la fin de la semaine dernière. Il est très important que vous vous collaboriez avec nos experts et nos organismes pour régler cette situation qui a explosé.

J'ai apporté quelques renseignements supplémentaires de mon village concernant le suicide et j'espère pouvoir vous les distribuer. Durant les années 1990, nous avons assisté à une baisse des tentatives de suicide et des suicides parmi les Nuuchahnulth. Même si nous ne pouvons pas indiquer un seul facteur, je sais que le travail de la Fondation autochtone de guérison a été extraordinaire pour notre peuple. La Fondation a permis la création et la prestation de services de guérison fondées sur les collectivités. Nous ne cachons pas du tout le fait que notre collectivité, je crois qu'il est juste de le dire, est dans un état post-traumatique.

Des personnes telles que mon père étaient au pensionnat Alberni Indian pendant 12 ans; il a connu là-bas les pires abus qu'on pouvait lui infliger, y compris lui piquer la langue quand il voulait s'exprimer en langue autochtone. J'ai de bons souvenirs de la vie dans mon petit village, la pêche et la culture. Je me souviens aussi des pires — les abus, la violence, les meurtres, les viols, les suicides en masse et la toxicomanie; tout cela existe encore dans un grand nombre de nos collectivités.

In my village of Ahousaht, when the workers started to say to the leaders, "We can't do this any more and we are getting burnt out," it started a broader discussion and, in fact, hit the media on the west coast. Some of you might have seen some of the pieces done about the suicides in Ahousaht. Our village has 90 people living at home. There are 1800 of us. Our young people are in a state of despair. The responses that Ms. Gideon has given provide that broad scope, that national scope, that is required. We are losing people, and people are in a deep state of despair.

I was at the Nisga'a legislature recently. As many of you know, they are now on their fifth year of implementation of their treaty. I talked to their director of health, who was sharing with me that in the last calendar year they had 16 attempts at suicide out of 6,000 people in the Nisga'a. They were quite concerned about that. I shared what the Ahousaht alone had experienced in six months. Only 1800 out of 8,000 Nuuchahnulth, only 1800 in my community, had experienced it. It is critical that our experts look at where this issue flares up.

Our communities are always clear about what it would take. It would take community-designed and community-driven solutions. It takes the authority that my late grandfather said I could never divest to anyone, that of a chief. The communities need to have their jurisdiction properly recognized.

In the words of people such as Minister of Justice, Irwin Cotler, we are in an Aboriginal rights revolution. Some academics talk about legal pluralism and First Nations law needing to be recognized in this country. That idea rings true for people such as me who serve 200 communities in British Columbia.

We have gatherings coming up that I think hold a lot of hope. We are meeting next week to talk about a provincial contribution in B.C. to the national health blueprint. We have the First Ministers Meeting coming up in November. We had the Canada-Aboriginal Peoples Roundtable last April. Most recently, we had the cabinet retreat where we heard the Prime Minister talk about recognition of inherent rights. In British Columbia, we are coming to an agreement called A New Relationship document between the three provincial first nations political organizations and the provincial government. Historic words have been spoken by Premier Gordon Campbell that, to us, undo 140 years of lack of recognition by our provincial government on the west coast. The signs are there of a recognition of the need for our people to be able to take care of and govern ourselves — tremendous signs, historic really, at the centre of government. What is required is support of those expressions of political will, such as indicated by Ms. Gideon, that down the lines of various government ministries, particularly in this case, room be created for First Nations to be active designers of responses to issues such as suicides.

Dans mon village de Ahousaht, quand les travailleurs ont commencé à dire aux dirigeants, « nous ne pouvons plus continuer ainsi, nous sommes en train de nous épuiser », le débat s'est amplifié et, en fait, les médias de la côte ouest en ont parlé. Certains d'entre vous ont peut-être lu les articles sur les suicides à Ahousaht. Notre village compte 90 habitants. Notre population est de 1 800. Nos jeunes sont dans un état de désespoir. Les réponses que Mme Gideon nous a données offrent une perspective large. Une perspective nationale dont on a besoin. Nous perdons des personnes et des personnes se trouvent dans un état de désespoir profond.

Il y a peu de temps, je me trouvais à la législature de Nisga'a. Comme beaucoup d'entre vous le savent, ils sont à la cinquième année de la mise en œuvre de leur traité. J'ai parlé avec leur directeur de la santé qui m'a dit que l'année dernière, il y a eu 16 tentatives de suicide pour 6 000 personnes à Nisga'a. Ils étaient très préoccupés par cela. Je leur ai dit ce que les Ahousaht tout seuls ont vu en six mois. Seulement 1 800 des 8 000 Nuuchahnulth, seulement 1 800 dans ma collectivité ont assisté à cela. Il est crucial que nos experts regardent là où cette situation est la plus grave.

Nos collectivités ont toujours dit clairement ce qu'il fallait faire. Il faudrait des solutions conçues par les collectivités et mises en œuvre par elles. Il faut l'autorité que mon regretté grand-père disait que je ne devrais jamais céder à qui que ce soit, l'autorité d'un chef. Il faut reconnaître de manière appropriée les compétences des collectivités.

Pour citer des gens comme le ministre de la Justice, Irwin Cotler, c'est la révolution des droits des Autochtones. Des universitaires disent qu'il faut reconnaître le pluralisme juridique et la loi des Premières nations. Pour quelqu'un comme moi au service de 200 collectivités en Colombie-Britannique, cette idée paraît juste.

Les réunions qui se préparent offrent beaucoup d'espoirs, à mon avis. Nous nous rencontrons la semaine prochaine pour parler d'une contribution du gouvernement provincial de la Colombie-Britannique au plan directeur national pour la santé. Il y a la réunion des premiers ministres prévue pour novembre. Nous avons eu la Table ronde Canada-Autochtone en avril dernier. Plus récemment, nous avons eu la retraite du Cabinet au cours de laquelle le premier ministre a parlé de la reconnaissance de droits inhérents. En Colombie-Britannique, nous allons conclure une entente appelée « New Relationship document » entre les trois organisations politiques provinciales des Premières nations et le gouvernement provincial. Les mots historiques prononcés par le premier ministre Gordon Campbell ont, à notre sens, effacé 140 ans de non reconnaissance de la part de notre gouvernement provincial. Les signes indiquent qu'il y a une reconnaissance du besoin de notre peuple à pourvoir à ses besoins et à se gouverner — ces signes sont extraordinaires, vraiment historiques, il est nécessaire que cette volonté politique soient soutenues, comme l'a indiqué Mme Gideon, afin qu'il y ait aux différents paliers des ministères, particulièrement dans ce cas, la possibilité pour les Premières nations de trouver activement des solutions à des problèmes tels que les suicides.

Make no mistake about it. This particular issue is a crisis. We are losing people. We have way too many funerals happening. On the west coast, we have no oral history of suicide in my culture. The elders say that as far as they know there is none, and we have lots of elders who are well-connected with our past and have strong teachings.

We are encountering a modern phenomenon that has to do with the legacy of the residential schools. My father is one of the first in Western Canada to achieve an academic doctorate degree. We have survivors and people who have come through the system. We also have many who have said that the residential schools were okay and they did not feel harmed. In fact, they feel that it was good. However, overall, it certainly is a shameful past. This particular issue is an expression of what people like my father, my family and our community have gone through. Ahousaht is just a microcosm of what we know to be a reality right across Canada. For that reason, I appreciate the opportunity to contribute personally to this presentation, along with Ms. Gideon, on behalf of the Assembly of First Nations. Thank you for the time.

Onalee Randell, Director of Health, Inuit Tapiriit Kanatami: The Chairman of National Inuit Committee on Health, Larry Gordon, an Inuvialuk from Inuvik, spoke to this committee earlier in the year, so I will not repeat what he said about the incidents and issues related to mental health that Inuit communities are facing. I will talk about some of the challenges and recommendations that have been made as a result of the challenges.

One challenge that continues to impact the services and delivery of programs for Inuit is access, or the lack of access, to a coherent, integrated system and the jurisdictional issues related to the planning and delivery of mental health and mental wellness services. There continues to be discussions around responsibility — whether the federal, provincial or territorial governments have responsibility. The outcome is that those discussions are taking precedence over the delivery of services to Inuit communities and preventing those well-needed services from being delivered. It is also resulting in poor communication and coordination between not only health service providers from one region to another or from one community to another, but also from the intergovernmental departments. The housing people do not ever want to talk about how housing impacts mental wellness. The education people do not ever want to talk about how to revise or change curriculum to assist students to have the self-esteem and coping skills they need.

At a community level, the impact of the lack of integration is apparent. Individuals sent out for addictions treatment are returned to the communities without health or social services being notified of their return or any follow-up of the outcomes of their treatment. Children and youth who have had suicide attempts and are sent out of their communities for medical attention are returned to the communities with no follow up and, in some cases, no notification of health centre nurses who sent them out.

Il ne fait pas de doute. Ce problème particulier est une vraie crise. Nous perdons des gens. Nous avons beaucoup trop de funérailles. L'histoire orale de ma culture ne fait état d'aucun suicide sur la côte ouest. Les aînés disent qu'à leur connaissance il n'y en a pas eu et nous avons beaucoup d'aînés qui connaissent bien notre passé et qui sont en mesure d'offrir des enseignements solides.

Nous faisons face à un phénomène moderne lié à l'héritage des pensionnats. Mon père était l'un des premiers dans l'Ouest canadien à recevoir un doctorat. Parmi ceux qui ont fréquenté les pensionnats, certains y ont survécu. Il y en a aussi beaucoup qui n'ont pas eu de problème et ne se sont pas sentis maltraités. En fait, ils en gardent un bon souvenir. Mais on peut certainement dire que, globalement, pour des personnes comme mon père, ma famille et notre collectivité, ce passé était honteux. Ahousaht n'est qu'un microcosme d'une situation réelle qui, nous le savons, existe partout au Canada. C'est pour cette raison, que je me réjouis de l'occasion de participer à cet exposé en compagnie de Mme Gideon au nom de l'assemblée des Premières nations. Je vous remercie de votre attention.

Mme Onalee Randell, directrice de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami : Le président du Comité national Inuit sur la santé, Larry Gordon, un Inuvialuk d'Inuvik, s'est exprimé devant le comité plus tôt cette année, aussi ne vais-je pas reprendre ses propos sur les incidents et les problèmes liés à la santé mentale que connaissent les collectivités Inuits. Je parlerai de certains défis et des recommandations faites suite à ces défis.

L'accès ou le manque d'accès à un système cohérent et intégré et les questions de compétence liées à la planification et la prestation de services de santé mentale continuent à toucher durement justement la prestation de ces programmes et services aux Inuits. Le débat entourant les responsabilités continue, que ce soit celles du gouvernement fédéral ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux. En fait, ce débat a fini par devenir plus important que la prestation de services aux Inuits et fait obstacle à cette prestation dont on a grand besoin. Le débat entraîne aussi de mauvaises communications et une mauvaise coordination entre non seulement les fournisseurs de services de santé de différentes régions, mais aussi entre les agences intergouvernementales. Les responsables du logement ne veulent jamais parler de l'effet du logement sur la santé mentale. Les responsables de l'éducation ne veulent jamais parler de révision ou de changement des programmes d'études afin d'inculquer à l'étudiant l'estime de soi et des habiletés d'adaptation.

L'impact du manque d'intégration est apparent au niveau de la collectivité. Les toxicomanes qui vont suivre des traitements reviennent dans leurs collectivités sans que les services de santé ou les services sociaux aient été avisés ni de leur retour ni du suivi des résultats de leur traitement. Les enfants et les jeunes qui ont tenté de se suicider sont envoyés à l'extérieur de leurs collectivités pour recevoir des soins et reviennent sans suivi et, dans certains cas, sans que les infirmières des centres de santé qui les ont elles-mêmes envoyés soient tenus informées du retour de ces jeunes.

Human resources continues to be an ongoing issue. Inuit communities have identified the need for trained Inuit health care providers. There continues to be inadequate, inconsistent training and supports for the front-line workers. Often a mental wellness worker in a community is the only mental wellness worker in the community. She often deals with situations that involve family members, either indirectly or directly, and certainly people with whom she is familiar, with no supports or links to others who can provide the support she needs.

We have had an example that has been used in Labrador around how to support people entering training, and the unique problems that people face who enter the health field, and mental wellness specifically.

If you are an Inuk woman with six children who is trying to obtain education to be a mental health worker, you will be told you have to leave your community for two years. You take your six children with you. Few of the financial supports that are available recognize the real costs and challenges for that person. In many cases, the whole family must relocate, whether or not there are employment opportunities. Those supports have not been looked at in the current supports that are available for Inuit who want to enter health fields.

There is lack of training in regions for many Inuit who want to participate in education. They have to leave at least their home community, and often their home region. An Inuk living in Nunavik in northern Quebec who wants to attend nursing school has to go to Montreal or farther.

Some of the current programs provided by the federal government do not address the realities that Inuit face. I will talk briefly about the non-insured health benefits, which has a crisis intervention component. We just completed an analysis of 2003-04 financial expenditures on non-insured health benefits. We found that in that year approximately \$60,000 was spent on mental health for Inuit communities: \$60,000 for communities that have up to 11 times the national average for suicide. There seems to be an inequity. The program is designed to provide short-term crisis counselling. In some communities there are no counsellors who can provide that short-term crisis counselling, and in many cases the communities choose not to access the short-term crisis counselling. People come in after a suicide, they spend three days in the community, and then they leave. The community is left with no additional resources and no way to deal with the suicide following the three days.

The short-term unstable and uncertain funding causes incredible barriers to the delivery of mental wellness programs. I will repeat some of what Ms. Gideon said: Multi-year flexible funding is required. It is difficult for small communities to develop programs and not know if those programs will be funded the next year. Programs also need to be community-based.

We seem to be in an era of federal funding that is not community-based; it is regional funding involving specific communities. In areas of mental wellness, this funding is

Les ressources humaines constituent un problème qui revient constamment. Les collectivités Inuits reconnaissent le besoin de former des fournisseurs Inuits de soins de santé. La formation et le soutien aux travailleurs de première ligne continuent à être inadéquats et incohérents. Il arrive souvent que la collectivité ne compte qu'un seul travailleur en santé mentale qui traite souvent des cas impliquant, directement ou non, des membres de sa famille et des personnes de sa connaissance sans aucune aide et sans aucun lien avec les personnes qui pourraient l'aider.

Il y a eu, au Labrador, une initiative visant à aider les personnes qui vont suivre une formation et les problèmes particuliers aux personnes entrant dans le domaine de la santé et notamment de la santé mentale.

Par exemple, une femme Inuk mère de six enfants qui voudrait devenir une travailleuse en santé mentale sera forcée de quitter sa collectivité pendant deux ans et de prendre ses enfants. Il y a peu d'aides financières disponibles qui tiennent compte des coûts que doit assumer cette personne et des défis qu'elle doit relever. Le plus souvent, toute la famille doit déménager qu'il y ait ou non des possibilités d'emplois où elle se rend. Ce type d'aide est absent des programmes d'aide actuels aux Inuits qui veulent travailler dans le domaine de la santé.

Il n'y a pas suffisamment de cours de formation offerts aux nombreux Inuits qui veulent étudier. Ils doivent, au minimum, quitter leurs collectivités et souvent leur région natale. Un Inuk résidant à Nunavik, au nord du Québec, et voulant s'inscrire à une l'école d'infirmières doit se rendre à Montréal ou même plus loin.

Des programmes fédéraux actuels ne tiennent pas compte des réalités des Inuits. Je vais parler brièvement des services de santé non assurés qui comportent un élément d'intervention immédiate. Nous venons de finir une analyse des dépenses faites en 2003-2004 pour les services de santé non assurés. Nous avons découvert que pour cette année, environ 60 000 \$ ont été dépensés pour la santé mentale dans les collectivités inuites : 60 000 \$ pour des collectivités qui enregistrent jusqu'à 11 fois la moyenne nationale du taux de suicides. Il semble y avoir une inéquité. Le programme est conçu pour offrir une consultation d'urgence à court terme. Certaines collectivités n'ont pas d'intervenants qui puissent faire ce type de consultation et, dans de nombreux cas, les collectivités préfèrent ignorer ces consultations d'urgence à court terme. Des personnes se présentent après un suicide, elles passent trois jours dans la collectivité puis s'en vont et alors, la collectivité se retrouve sans ressources additionnelles ni moyens qui lui permettrait de s'attaquer au problème des suicides.

Le financement incertain à court terme crée rend extrêmement difficile prestation de programmes de santé mentale. Je répéterai certaines choses dites par Mme Gideon : le financement pluriannuel flexible est nécessaire. Il est difficile pour les petites collectivités d'élaborer des programmes sans savoir si ces programmes seront financés l'année suivante. Les programmes doivent aussi être fondés sur la collectivité.

Il semble que nous traversons une période au cours de laquelle le financement du gouvernement fédéral n'est pas fondé sur la collectivité; il s'agit d'un financement régional qui implique des

insufficient. How do you define which community requires mental wellness programming? Is it the community that does not have the suicides or the community that has had four, five, six or seven suicides in that year?

With respect to the issue of short-term and unstable funding, I will use the example of the Aboriginal Healing Foundation. It took Inuit communities almost three years to develop the capacity to apply for the funding. Now the funding will end in 2007. Every day we get requests for more money. I am sure the Aboriginal Healing Foundation gets the same number of requests. For the first three years of that funding, communities tried to figure out what they needed and how to implement it, and even to get assistance with writing the proposals, which the Aboriginal Healing Foundation provided. By the time initiatives with three- to five-year timelines are operational in communities, the funding has run out. It is hard to get qualified staff to give up permanent jobs to go into a project that may end in two years.

The lack of Inuit-specific data makes it difficult for Inuit to work together across Canada. We have community-level data provided by regional boards on suicide incidence. There is no national reporting for Inuit suicide. It is anecdotal from the communities. We do not have the same level of data on incidence of attempts or incidence of mental illness. There is a great need for data so that communities can make decisions.

What are Inuit looking for? They are looking for a culturally competent continuum of services that incorporates traditional knowledge and practices that are based in their home community or, at a minimum, their home region; a continuum of services that provides supports for individuals and families; and services that breach the barriers and addresses both the medical and non-medical determinants of mental wellness, including economic and environmental matters, and housing and education.

Housing is a particular priority for Inuit. The data indicates that the majority of Inuit are living in overcrowded houses that would be unacceptable for mainstream Canadians. For the impact on mental wellness, you just have to think about having 14 people in a two-bedroom house, four generations, and maybe one or two of those people with full-time jobs.

We are also looking for Inuit-specific programs based on the current realities in Inuit communities. I will not talk about the Aboriginal Healing Foundation because we have someone here to talk about that. Inuit reviewing the Aboriginal Healing Foundation program see the need to expand it, to have it not only focus on residential schools and the negative impact of those schools relating to abuse but also the negative impact relating to language loss, cultural loss and the loss of parenting skills. This

collectivités particulières. Ce financement est insuffisant pour le secteur de la santé mentale. Comment déterminer qu'une collectivité a besoin d'un programme de santé mentale? Serait-ce une collectivité où il n'y a pas eu de suicide ou une où il y en a eu quatre, cinq, six ou sept dans l'année?

En ce qui concerne le financement incertain et à court terme, je prends la Fondation autochtone de guérison pour exemple. Des collectivités inuites ont attendu presque trois ans avant d'être en mesure de présenter une demande de financement. Or, le financement cessera en 2007. Tous les jours, nous recevons des demandes pour davantage d'argent. Je suis sûr que la Fondation autochtone de guérison reçoit le même nombre de demandes. Durant les trois premières années de ce financement, les collectivités ont essayé de déterminer leurs besoins et leur application et même d'avoir recours à de l'assistance pour rédiger des propositions, assistance qui a été fournie par la Fondation autochtone de guérison. Quand finalement des initiatives ayant des échéanciers de trois à cinq ans sont mises en place dans les collectivités, le financement a cessé. Il est peu probable que des employés quittent un emploi permanent pour travailler dans un projet ne pouvant durer que deux ans; il est donc difficile de recruter du personnel qualifié.

Le manque de données spécifiques aux Inuits les empêche de travailler ensemble dans toutes les régions du Canada. Des données sur la fréquence des suicides au niveau des collectivités sont fournies par des conseils régionaux. Il n'existe pas de système national d'enregistrement des suicides chez les Inuits. Les renseignements proviennent des collectivités. Les niveaux de données sur le taux de tentatives ou le taux de maladie mentale sont différents. Il est crucial que les collectivités disposent de données pour prendre des décisions.

Que veulent les Inuits? Ils veulent une gamme continue de services pertinents sur le plan culturel et qui engloberait le savoir et les pratiques traditionnelles de leur collectivité natale ou, du moins, de leur région natale. Des services d'aide aux personnes et à leurs familles. Des services qui éliminent les barrières et qui prennent en compte les déterminants médicaux et non médicaux de la santé mentale, y compris dans les domaines de l'économie, de l'environnement, du logement et de l'éducation.

Le logement est une priorité particulièrement importante pour les Inuits. Les données indiquent que la majorité des Inuits vivent dans des maisons surpeuplées que les Canadiens moyens jugeraient inacceptables. Pour évaluer l'impact d'une telle situation sur la santé mentale, vous n'avez qu'à imaginer 14 personnes, comprenant quatre générations, vivant dans une maison qui a deux chambres à coucher, et une ou deux de ces personnes ont peut-être des emplois à plein temps.

Nous voulons aussi des programmes conçus pour les Inuits et qui tiennent compte du contexte actuel des collectivités inuites. Je ne vais pas parler de la Fondation autochtone de guérison car quelqu'un est ici pour en parler. Les Inuits qui ont examiné le programme de la Fondation autochtone de guérison ont conclu qu'il fallait en élargir la portée et qu'il ne soulignait pas seulement les pensionnats et leur effet négatif en termes d'abus, mais aussi l'effet négatif lié à la perte de la langue, la perte culturelle et la

information is from Inuit who have provided information that they were not abused in residential schools; they believe the schools were a positive experience. However, they did lose their language. They feel some loss of culture. There are currently not as many programs to deal with that issue.

There is the issue of relocation. For Inuit communities, relocation happened within the last 50 years. Whole families were uprooted from one region to another. The impacts of that have never been fully addressed by any programs.

We have been working closely with the National Inuit Youth Council. It is unfortunate that the council is based in Iqaluit and Cambridge Bay and representatives could not make it here to present. The council has created a National Inuit Youth Suicide Prevention Framework. We have distributed copies of this initiative. This incredible initiative was done completely by youth in Inuit communities. They have made the following recommendations: Culture heals, therefore we need to identify Inuit perspectives on suicide and depression; to develop Inuit-specific screening tools and treatment strategies; and to train Inuit to provide the services in our own communities. We need to support communications, and form networks of supports in communities between formal and informal systems, and between Inuit across the circumpolar north. We need to make the materials available in clear, accessible and relevant languages.

The impact and awareness-raising that resulted from two Inuit girls doing the Aboriginal suicide prevention walk has impacted the entire Arctic. On September 10, International Suicide Prevention Day, 200 youth walked in Cambridge Bay to show the need for awareness and to promote life in their community.

Youth have clearly indicated that they want to be involved and engaged in the planning and delivery of programs. They want to be involved in providing cultural awareness to non-Inuit who are working in their communities. They want to be given forums to discuss suicide prevention openly.

They want to take a holistic focus on the positive and quit talking about the negative aspects of mental wellness. The National Inuit Youth Suicide Prevention Framework is called "Embrace Life," and they prefer not ever to use the words "suicide prevention," but to talk about how to embrace life.

They want programs that will enable healthier lifestyles through recreation programs, role models, cultural activities, addressing housing issues and providing economic development opportunities for youth, thereby giving youth hope. If you are a youth in a community and you do not believe you will have a job when you finish school, it is difficult to be motivated to stay in school.

perte des compétences parentales. Ceux qui ont fait cette recommandation ont déclaré ne pas avoir subi d'abus aux pensionnats; ils croient que les pensionnats ont été une expérience positive. Toutefois, ils ne parlent pas leur langue et ils éprouvent un sentiment de perte de culture. À l'heure actuelle, peu de programmes cherchent à résoudre ce problème.

Vient la question de la réinstallation. Pour les collectivités inuit, la réinstallation s'est faite ces 50 dernières années. Des familles entières ont été déracinées de leur région et envoyées dans une autre. Aucun programme n'a traité de manière approfondie les effets de ce déracinement.

Nous avons collaboré étroitement avec le National Inuit Youth Council. Malheureusement, le conseil est établi à Iqaluit et à Cambridge Bay et les délégués n'ont pas pu venir. Le conseil a créé un cadre national de prévention du suicide chez les jeunes Inuits. Nous avons distribué des copies de cette initiative. Cette initiative incroyable a été complètement élaborée par des jeunes des collectivités inuits. Voici leurs recommandations : la culture guérit, nous devons donc savoir ce que pensent les Inuits du suicide et de la dépression afin d'élaborer des outils de dépistage et des stratégies de traitement conçus pour les Inuits et de former des Inuits pour qu'ils puissent fournir les services dans leurs propres collectivités. Nous devons encourager la communication et établir, dans les collectivités, des réseaux de soutien entre les systèmes officiels et les systèmes officieux et entre les Inuits de tout le Nord circumpolaire. Nous devons faire en sorte que ces documents soient disponibles dans un langage clair, accessible et approprié.

Tout l'Arctique a été sensibilisé à la marche pour la prévention du suicide chez les Autochtones entreprise par deux filles inuit. À la journée mondiale de la prévention du suicide qui s'est tenue le 10 septembre, 200 jeunes ont organisé une marche à Cambridge Bay en vue de sensibiliser le public et faire la promotion de la vie dans leurs collectivités.

La jeunesse a clairement indiqué qu'elle voulait participer à l'élaboration et à la prestation de programmes. Les jeunes veulent participer en faisant connaître leur culture aux non-Inuits travaillant dans leurs collectivités. Les jeunes veulent parler ouvertement de la prévention des suicides, dans des forums par exemple.

Ils veulent qu'on mette l'accent sur le positif et que l'on cesse de parler des aspects négatifs de la santé mentale. Le cadre national de prévention des suicides chez les jeunes Inuits s'appelle « Embrace Life »; ils préfèrent ne pas utiliser l'expression « prévention des suicides », mais de parler des façons d'apprendre à embrasser la vie.

Ils veulent des programmes de promotion de modes de vie sains au moyen de programmes de loisirs, de modèles de rôles, d'activités culturelles, des programmes qui résoudront les problèmes de logement et qui offriront des possibilités de développement économique à la jeunesse leur donnant ainsi de l'espoir. Un jeune d'une collectivité qui ne croit pas qu'il aura un emploi à la fin de ses études éprouvera des difficultés à rester motivé pour continuer ses études.

The board of directors of the Inuit Tapiriit Kanatami, ITK, developed recommendations specifically related to alcohol and addictions in Inuit communities. There is a need for culturally appropriate community-based alcohol and addictions counselling programs that are based on several models; both harm reduction and abstinence strategies. There needs to be an increased number of Inuit addiction counsellors and early interventions. We need to have after-care and follow-up services in communities. No longer are people happy with going to six-week treatment centres and then coming home to the same situations; the same overcrowding, the same high costs and no supports.

The need for increased residential treatments has been identified. Currently, only two treatment centres provide culturally appropriate Inuit addictions programming. One of them happens to be based in Ottawa.

Nunavut has indicated that it is the only provincial or territorial jurisdiction in Canada without a treatment centre. Nunavut Tunngavik Incorporated has identified a treatment centre as a priority and would like to work with the federal government and the territorial government to create one.

In developing all these programs and implementing the recommendations developed by Inuit, it is important to recognize that in all Inuit land claim regions, land claim agreements have been signed that demand certain responsibilities of the federal, provincial and territorial governments, including Inuit control in the development, design and delivery of programs for Inuit.

Donna Lyon, Director, National Aboriginal Health Organization: Although I represent the First Nations Centre, I am also here on behalf of the National Aboriginal Health Organization, NAHO, and our organization has a mission to improve Aboriginal health. Our core business is knowledge products. We do many reports and analyses of health issues, and we also facilitate and form debates among practitioners and policy-makers. Many organizations of our board members are here today. We have the ITK on our board, as well as the AFN, the Native Women's Association of Canada, the Congress of Aboriginal Peoples, and the Métis National Council.

Within NAHO we have three centres of excellence: the First Nations Centre, the Inuit Centre and the Metis Centre. Each centre is in touch with health policy issues relevant to its clientele, and each has contributed to my brief. Many groups we deal with have the same type of issues.

Within the First Nations, there always seem to be the jurisdictional issues in terms of who delivers the health services. We have the provincial and the federal, and when there are issues

Le conseil d'administration de Inuit Tapiriit Kanatami, ITK, a fait des recommandations concernant en particulier l'alcool et la toxicomanie dans les collectivités inuits. Il faut des programmes de counselling, au niveau de la collectivité, pour les toxicomanes et les alcooliques qui soient pertinents au plan culturel. Ces programmes peuvent s'inspirer de plusieurs modèles : la stratégie de réduction des méfaits et la stratégie d'abstinence. Il faut augmenter le nombre de conseillers inuits en toxicomanie et en intervention précoce. Nous avons besoin de services pour assurer la post-cure et le suivi dans les collectivités. Les jeunes ne sont plus heureux de suivre un traitement de six mois dans un établissement et revenir à la maison pour retrouver la même situation; le même logement surpeuplé, les mêmes coûts élevés et aucun soutien.

Il est nécessaire d'augmenter les traitements en établissement. Seulement deux centres de traitement offrent, aujourd'hui, aux toxicomanes inuits des programmes pertinents sur le plan culturel. Il se trouve que l'un de ces programmes est à Ottawa.

Nunavut a indiqué qu'elle est la seule compétence provinciale ou territoriale au Canada à ne pas disposer de centre de traitement. Nunavut Tunngavik Incorporated a établi qu'un centre de traitement serait une priorité et aimerait collaborer avec le gouvernement fédéral et le gouvernement territorial pour en créer un.

En élaborant tous ces programmes et en mettant en œuvre les recommandations mises au point par les Inuits, il est important de reconnaître que dans toutes les régions revendiquées par les Inuits, les accords sur une revendication territoriale ont été signés et demandent certaines responsabilités de la part des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et demandent aussi le contrôle des Inuits dans l'élaboration, la conception et la prestation de programmes pour les Inuits.

Mme Donna Lyon, directrice, Organisation nationale de la santé autochtone : Bien que je représente le Centre des Premières nations, je suis aussi ici pour représenter l'Organisation nationale de la santé autochtone, l'ONSA, et la mission de notre organisation est d'améliorer la santé autochtone. Nous nous intéressons particulièrement aux produits de connaissance. Nous faisons beaucoup de rapports et d'analyses sur les questions liées à la santé et nous animons et organisons des débats chez les praticiens et les décideurs politiques. Beaucoup d'organisations et de nos membres de conseils d'administration sont présents aujourd'hui. Nous avons l'ITK dans notre conseil, ainsi que l'APN, l'Association des femmes autochtones du Canada, le Congrès des Peuples Autochtones et le Ralliement national des Métis.

Au sein de l'ONSA, il y a trois centres d'excellence : le Centre des Premières nations, le Centre des Inuits et le Centre des Métis. Chaque centre reste informé des questions liées à la politique en matière de santé qui sont importantes pour sa clientèle et chaque centre a contribué à mon mémoire. Un grand nombre de groupes avec lesquels nous avons affaire rencontrent les mêmes problèmes.

Au sein des Premières nations, il semble que les questions de compétence, à savoir qui doit fournir les services de santé, reviennent constamment. Nous avons le gouvernement provincial

of who pays for what service, many people fall into the cracks and many necessary services are not provided. Much of the mental health funding is provided based on affordability and not need. There is a need to increase the funding for this type of service.

Many other groups indicated that the suicide rate is high. It is high amongst First Nations, Inuit and possibly Metis communities. There are many problems accessing those services. Some reserves are in remote areas or in geographical areas that make it hard to access urban services. We have a great deal of difficulties in that area as well.

There has been insufficient funding for addiction services. There are long waiting lists to attend counselling and insufficient funding for patient transportation. Much of the funding is prioritized toward acute care operations and short-term crisis intervention.

We have a shortage of First Nations mental health practitioners delivering services to our own people, and a shortage of psychologists and counsellors visiting the communities.

There is intolerance to the traditional approaches to healing, which is what we are moving to a lot more.

Patients are sent out to provincial facilities when they have crises, and although it saves Health Canada treatment costs, the costs of patient transportation would be better invested in community mental health measures. Patients often return to the community after treatment and sometimes stigmatized or medicated, and there is a lack of follow-up. We have to break that rotating-door cycle.

To move forward and reiterate what Ms. Gideon has said, we emphasize developing a strategic First Nations mental health strategy or a wellness strategy. It has to be in consultation with First Nations people and our delivery partners. We need adequate funding for federal research, prevention and intervention to be included in suicide prevention strategies. We need partnerships with communities that support First Nations research initiatives.

As Ms. Gideon mentioned, we have the regional health survey within the First Nations Centre at NAHO, and the survey is a community-based survey. It is unique in that it is the only survey that goes on reserve and collects data on First Nations people. There is certainly an opportunity to use this type of system to collect mental health data, which seems to be lacking.

et le gouvernement fédéral et quand il y a des problèmes pour savoir qui paie pour quel service, beaucoup de personnes sont victimes des lacunes et un grand nombre de services nécessaires ne sont pas fournis. La plus grande part du financement de la santé mentale est fondée sur la capacité financière et non sur le besoin. Le financement pour ce type de service doit être augmenté.

Beaucoup d'autres groupes ont indiqué que le taux de suicide est élevé. Il est le plus élevé chez les Premières nations, chez les Inuits et peut-être dans les collectivités métisses. Il est très difficile d'avoir accès à ces services. Des réserves se trouvent dans des régions isolées ou dans des régions géographiques qui rendent difficile l'accès aux services urbains. Nous rencontrons aussi beaucoup de problèmes à ce niveau.

Les services de lutte contre les toxicomanies n'ont pas reçu suffisamment de financement. Les listes d'attente pour le counselling sont longues et le financement pour le transport des patients est insuffisant. La plus grosse partie du financement sert en priorité aux soins actifs et aux interventions d'urgence à court terme.

Il n'y a pas suffisamment de praticiens de la santé mentale qui fournissent des services aux Premières nations. Cela est également vrai en ce qui concerne les psychologues et les intervenants qui visitent les collectivités.

Il existe une certaine intolérance à l'égard des méthodes traditionnelles de guérison, c'est la raison pour laquelle nous voulons plus.

Quand ils ont des crises, les patients sont envoyés dans des établissements provinciaux. Même si fait épargner à Santé Canada les coûts des traitements, les coûts de transport des patients seraient mieux investis dans des mesures communautaires de la santé mentale. Les patients retournent souvent à la collectivité après leur traitement et, quelquefois, ils sont stigmatisés ou ils prennent des médicaments. Il y a un manque de suivi. Nous devons mettre fin à ce cycle.

Pour aller de l'avant et réitérer ce que Mme Gideon a dit, nous mettons l'accent sur l'élaboration d'une stratégie de la santé mentale pour les Premières nations ou une stratégie de bien-être. Elle doit être faite en consultation avec les Premières nations et avec nos partenaires de la prestation. Il est nécessaire d'avoir un financement approprié pour la recherche, la prévention et l'intervention au niveau fédéral et qui doit être inclus dans les stratégies de prévention des suicides. Nous avons besoin de partenariats avec les collectivités pour appuyer les initiatives des Premières nations en matière de recherche.

Comme l'a mentionné Mme Gideon, nous avons l'enquête régionale sur la santé au Centre des Premières nations à l'ONSA, et l'enquête est faite au niveau des collectivités. Elle est unique dans ce sens car c'est la seule enquête où les personnes chargées de l'enquête se rendent dans les réserves et recueillent des données sur les Premières nations. Il existe certainement une possibilité d'utiliser ce genre de système pour recueillir des données sur la santé mentale, des données qui semblent manquer.

We also need protocols and adequate funding to support communities in crisis. As Ms. Randell mentioned, the National Indian Health Board, NIHB, has an emergency mental health policy. However, we also need to build up the capacity within communities to respond to their own emergency crises.

To follow up on another point Ms. Randell mentioned, there seems to be a shortage of health professionals and mental health workers within the communities. There is certainly a need to promote people to get into health careers. That is an area in which I have worked in the past. What has not been mentioned today is that people in those positions who are working in the communities with suicide and in areas of high crisis also need to be supported. Many of them are burnt out, overwhelmed and get to the point where they cannot effectively deliver the services because they are always in a stage of crisis.

I also have some points that have come from our Inuit Centre within NAHO, perhaps reiterating some of the points made today. Mental health is a priority concern to Inuit. The services training or resources are limited and perhaps non-existent. They are also fragmented and often difficult to access. The exceptional geographic isolation and extreme unemployment contribute not only to the problems but to the solutions.

The mental health initiatives that exist tend to be long distance and dominated by non-Inuit. The people lack the cultural understanding and language for these initiatives to be effective. This is a serious problem.

Inuit involvement is necessary to ensure cultural relevance and effectiveness of Inuit mental health services. We need an increase in Inuit mental health practitioners and Inuit control measures for Inuit surveillance, data collection and analysis, knowledge translation and dissemination of accurate information, all of which are essential for early detection and effective intervention.

Certainly, Inuit input into a federal suicide strategy is necessary. We need a coordinated multidisciplinary, multi-agency approach which includes recognition of the socio-economic challenges that have special impact upon Inuit health.

In terms of ways forward, we need to target special needs and difficulties. Thus, we need Inuit-specific measures. We cannot assume that measures for the general population will work in the Inuit context. We need to target special needs and difficulties related to professional and community capacity development and to enable Inuit to provide effective, culturally appropriate, community-based intervention with Inuit mental health practitioners.

Nous avons aussi besoin de protocoles et de financement approprié pour aider les collectivités en crise. Comme Mme Randell l'a mentionné, le National Indian Health Board, NIHB, a une politique d'urgence en matière de santé mentale. Cependant, nous devons aussi accroître la capacité des collectivités à faire face à leurs propres situations d'urgence.

Je veux revenir sur un autre élément souligné par Mme Randell, c'est-à-dire la pénurie de professionnels de la santé et de travailleurs en santé mentale dans les communautés. Il est certain qu'il est nécessaire d'inciter les gens à faire carrière dans le domaine de la santé. C'est d'ailleurs un domaine dans lequel j'ai déjà travaillé. Ce qu'on a omis de faire observer aujourd'hui, c'est que les travailleurs du milieu de la santé, au sein des collectivités, qui oeuvrent dans les domaines du suicide et des situations de crise grave ont également besoin de soutien. Bon nombre d'entre eux sont épuisés et débordés à un point tel qu'ils n'arrivent plus à fournir efficacement les services parce qu'ils sont toujours dans des situations de crise.

J'ai aussi quelques points à faire valoir de la part de notre Centre inuit, qui relève de l'Organisation nationale de la santé autochtone; ils reprennent probablement certains des points exprimés aujourd'hui. La santé mentale est une des principales préoccupations des Inuits. La formation et les ressources sont restreintes, voire inexistantes. Elles sont fragmentées et souvent difficiles à obtenir. L'éloignement géographique exceptionnel de nos régions et le taux de chômage extrêmement élevé contribuent non seulement aux problèmes, mais aussi aux solutions.

Les initiatives en matière de santé mentale qui existent ont tendance à être élaborées par des personnes qui vivent bien loin de nous et qui ne sont pas d'origine inuite. Ces gens comprennent mal notre culture et ne connaissent pas la langue, ce qui rend les initiatives inefficaces. Il s'agit là d'un grave problème.

La participation des Inuits est nécessaire pour faire en sorte que les services de santé mentale soient conformes à la culture inuite et efficaces. Il faut accroître le nombre de praticiens inuits en santé mentale et il faut également établir des mesures de contrôle propres aux Inuits en matière de surveillance, de collecte et d'analyse de données, d'application des connaissances et de diffusion d'information juste. Tout cela est essentiel au dépistage précoce et à une intervention efficace.

Il ne fait aucun doute que la participation des Inuits à l'élaboration d'une stratégie fédérale de prévention du suicide est nécessaire. Il faut mettre en place une approche intégrée et multidisciplinaire qui tient compte des problèmes socioéconomiques qui ont une incidence particulière sur la santé des Inuits.

Il faut aussi cibler les difficultés et les besoins particuliers. Nous devons donc définir des mesures propres aux Inuits. On ne peut pas assumer que les mesures destinées à la population en général fonctionneront chez les Inuits. Il faut viser les difficultés et les besoins particuliers liés au développement des capacités des professionnels et de la communauté. En plus, il faut faire en sorte que les Inuits puissent effectuer des interventions qui soient efficaces et conformes à la culture, de concert avec les praticiens inuits en santé mentale.

To return again to the topic of funding, we need investment in long-term sustainable funding.

Within the Metis Centre, some 30 per cent of the Metis people make up the target of our Aboriginal population. Some issues that Metis people face are the following: They are not included in many of the initiatives available to First Nation people and possibly Inuit people as well. They are not included in the National Indian Health Board program. They have no access to the National Native Alcohol and Drug Abuse Program. There is certainly a limited amount of Metis-specific health data and research. No funding is provided for that type of research.

The First Nations Centre has the regional health survey, which can be used as a model for other groups as well to gather this type of data.

There is fragmentation of the health care system to be considered. Metis people have access to selected federal health promotion activities, for example, the HIV/AIDS and diabetes initiative, but not acute or chronic curative services.

As to the way forward, the Metis people require culturally appropriate mental health care services. They need increased participation in mental health professions, the same as the Inuit and the First Nations. Under the jurisdiction regarding Metis, they need an increase in services provided to them. They also need to resolve the jurisdictional situation so that they are no longer denied access to Aboriginal federal or provincial mental health and related programs.

In conclusion, governments must respect and include First Nations, Metis and Inuit concepts of health and healing in the development of their general application programs. Mental health research driven by First Nations, Metis and Inuit themselves is required.

We need more people trained to deliver health services and mental health services. We also need federal recognition that health programs to all three Aboriginal peoples is a federal, constitutional or treaty obligation as the case may be.

We also need meaningful progress toward addressing the disparities in mental health conditions and access to quality services, which requires federal leadership and acknowledgement of responsibility to achieve results.

Dr. Gail Valaskakis, Director of Research, Aboriginal Healing Foundation: I would like to make a few general points, many of which echo what we have heard around the table. Much of what you are hearing reinforces what we think of as probable solutions to a number of issues that have been raised already.

Pour revenir à la question du financement, je dois dire que nous avons besoin de financement permanent.

Au sein du Centre métis, environ 30 p. 100 des Métis font partie du groupe cible de la population autochtone. Un grand nombre des initiatives destinées aux Premières nations ne vise pas les Métis et probablement pas non plus les Inuits. Les Métis ne sont pas non plus visés par le National Indian Health Board et ils n'ont pas accès au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Il existe très peu de données et de recherches sur la santé des Métis. Aucun financement n'est accordé pour ce type de recherche.

Le Centre des Premières nations possède les enquêtes régionales sur la santé, qui peuvent être utilisées comme modèle par d'autres groupes pour procéder à la collecte de ce type de données.

Il faut aussi penser que le système de soins de santé est fragmenté. Les Métis peuvent bénéficier de certaines initiatives fédérales en matière de santé, par exemple les initiatives concernant le VIH et le sida ainsi que le diabète, mais ils n'ont pas accès aux services curatifs en cas de problèmes aigus ou chroniques.

Les Métis ont besoin de services de santé mentale adaptés à leur culture. Le nombre de travailleurs métis en santé mentale doit augmenter comme c'est le cas chez les Inuits et les Premières nations en général. Il faut aussi accroître les services à leur égard et régler le problème des compétences de sorte qu'ils aient accès aux programmes fédéraux ou provinciaux de santé mentale destinés aux Autochtones.

Enfin, lorsqu'ils élaborent des programmes d'application générale, les gouvernements doivent respecter et tenir compte des concepts qu'ont les Premières nations, les Métis et les Inuits sur le plan de la santé et de la guérison. Il faut que les Premières nations, les Métis et les Inuits mènent eux-mêmes des recherches en santé mentale.

Davantage de gens doivent être formés pour assurer des services de santé et des services de santé mentale. En outre, le gouvernement fédéral doit admettre qu'il a l'obligation en vertu d'un traité ou de la Constitution, selon le cas, d'offrir des programmes de santé aux trois peuples autochtones.

Nous avons aussi besoin de combler l'écart qui existe entre les problèmes de santé mentale et l'accès à des services de qualité. Pour ce faire, le gouvernement fédéral doit prendre les choses en main et reconnaître qu'il a une responsabilité à assumer à cet égard.

Dre Gail Valaskakis, directrice de la recherche, Fondation autochtone de guérison : J'aimerais faire valoir quelques points d'ordre général, dont un grand nombre traduisent les propos qui ont été tenus aujourd'hui. Une grande partie de ce qui a été dit vient appuyer les solutions possibles à un certain nombre des problèmes dont on a parlé.

First, it is important to support a health-determinants approach to understand mental health in relation to physical health, housing, treaty rights, employment, environment and a whole lot of other issues. That is essential to understanding this problem and to addressing the issues in relation to it.

Second, we must integrate approaches to mental health and understand that we cannot stovepipe them in relation to physical health and to addiction services, in their provision across the country.

Third, as we have already heard, we must equalize services across the country, with particular regard to crisis counselling. These services are variable in regard to what is paid for, what is available and who is available to provide them across the country. This is a critical issue.

Fourth, we must recognize the importance of Aboriginal design and implementation, control and participation in every aspect of the provision of mental health services. It is extremely important that we understand that. We can demonstrate and document it now because of the work of the Aboriginal Healing Foundation.

Fifth, we must recognize that the effectiveness of services that we see over and over are related to Aboriginal approaches and even to traditional approaches; to the use of elders and healing circles, as well as to the use of indigenous knowledge. We must recognize how important that is in the provision of any kind of mental health service.

Sixth, we need to look again at the fact that we must have training in Aboriginal communities right across this country in regard to mental health services. Once again, that is something very much left out in terms of understanding. The training need not be just for nurses and doctors. It is training of Aboriginal people by other Aboriginal people. It is the provision of services that allow Aboriginal people who are working to get some rest and support at various times and not be overworked.

We have heard over and over again that we need multi-year funding. It is really a disservice to set up a program and let it run for a year or two. Again, it is an issue of boom and bust, the raising of expectations. It is totally ineffective. In fact, it may be exactly what we should not be doing. We must fund projects multi-year, or not fund them at all, in my view.

We must always remember those who are invisible. I refer to the people who are not sitting here and who will never sit here — the homeless and the incarcerated that are often forgotten.

Finally, we must support the development of an integrated approach to a mental health strategy, a process that has begun through the work of Health Canada, ITK and AFN.

Since I had the opportunity to speak to this committee on June 21, I do not want to go over in detail any of what I said at that time. However, I would like to point out a couple of things because, as you know, the Aboriginal Healing Foundation is beginning its wind-up phase. That is because the funding has all

Premièrement, il est important de soutenir une approche axée sur les facteurs qui influent sur la santé afin de comprendre la santé mentale par rapport à la santé physique, au logement, aux droits issus de traités, à l'emploi, à l'environnement et à bien d'autres éléments. Cela est essentiel à la compréhension du problème et à la résolution des questions qui y sont liées.

Deuxièmement, il faut intégrer les approches relatives à la santé mentale et comprendre qu'on ne peut pas cloisonner les services de santé mentale, les services de santé physique et les services de toxicomanie.

Troisièmement, comme on l'a déjà dit, il faut uniformiser les services à l'échelle du pays, surtout les services de counseling en cas de crise. Les services varient sur le plan de la gratuité et de leur existence. Il s'agit là d'une question critique.

Quatrièmement, dans tous les aspects de la prestation des services de santé mentale, il faut reconnaître l'importance de la participation des Autochtones à la conception, à la mise en œuvre et au contrôle. Il est extrêmement important de comprendre cela. Nous disposons maintenant de données sur le sujet grâce à la Fondation autochtone de guérison.

Cinquièmement, il faut reconnaître que l'efficacité des services est liée à l'application d'approches autochtones et même traditionnelles, notamment l'utilisation des méthodes des aînés, des cercles de guérison et des connaissances indigènes. Nous devons admettre que ces éléments sont importants dans le cadre de la prestation de n'importe quel service de santé mentale.

Sixièmement, nous devons offrir de la formation dans l'ensemble des communautés autochtones canadiennes dans le domaine des services de santé mentale. Je le répète, on ne pense vraiment pas beaucoup à cela. La formation ne doit pas viser uniquement les infirmières et les médecins. Il faut que les Autochtones assurent la formation d'autres Autochtones. Il faut permettre aux travailleurs autochtones de se reposer et d'obtenir du soutien afin d'éviter le surmenage.

On a entendu parler à maintes reprises de la nécessité du financement pluriannuel. On ne rend service à personne en mettant en place un programme pour une année ou deux seulement. On ne fait que susciter des attentes. C'est tout à fait inefficace. En fait, c'est peut-être exactement ce que nous ne devrions pas faire. Ce qu'il faut, c'est du financement pluriannuel, sinon on ne devrait offrir aucun financement, à mon avis.

Il faut toujours penser à ceux qui sont invisibles. Je parle des gens qui ne sont pas ici et qui n'auront jamais l'occasion de l'être — les sans-abri et les détenus, que l'on oublie souvent.

Enfin, il faut miser sur une approche intégrée pour l'élaboration d'une stratégie en matière de santé mentale; c'est un processus qui a déjà commencé grâce au travail de Santé Canada, de l'ITK et de l'Assemblée des Premières Nations.

Comme j'ai déjà comparu devant le comité le 21 juin, je ne veux pas revenir en détail sur ce que j'ai déjà dit. Cependant, j'aimerais signaler deux éléments, car, comme vous le savez, la Fondation autochtone de guérison amorce l'étape finale. Tous les fonds ont été distribués et nous avons maintenant terminé l'ébauche de

been allocated and because we are now at a point where we have a draft of our three-volume final report. I have highlighted some points that have emerged from that report in the handout I have given you today. The draft report and these points have already been submitted to Judge Frank Iacobucci, who is looking at the wider issue of residential schools and how those issues may be resolved in the larger context of a number of factors.

The Aboriginal Healing Foundation was funded in 1998 and given a 10-year mandate. It was given one year to set up and four years to allocate its funding on a multi-year level. It is now fully funded. We have given 1,346 contribution agreements to communities to do community-based healing projects. Within this context, we have an estimated 86,000 people who are survivors of residential schools who are alive today. In addition to that, if we extrapolate the figures based on the regional health surveys, the Aboriginal peoples surveys, the census and the information we are able to obtain, approximately 287,350 have been intergenerationally impacted by residential schools. That totals 373,350 Aboriginal people in this country, many of whom have yet to receive services. Extrapolating from our three national surveys, we determined that about 204,564 have been involved in healing projects, almost all of whom have been involved in the first stage of providing healing in terms of trauma and the effect of historic trauma related to residential schools. We know that not more than one third of them have ever been involved in a healing project before, and that almost 50,000 people have been involved in training projects through the Aboriginal Healing Foundation.

Based on these surveys, our focus groups and case studies, we know that healing takes about 36 months — to identify a time when you can move through what you recognize as the issues at hand, to establish outreach and to initiate a therapeutic healing program in respect of mental health. Less than one third of the projects at the Aboriginal Healing Foundation have had 36 months to go through that process. To date about 55 per cent of the people have gone through a first-stage healing process through the Aboriginal Healing Foundation. We know that healing is a long-term process that occurs in phases. In my handout, I have suggested some images that depict both the community process of healing and how it progresses through phases, and the individual process of healing. The two are different but very related. We know the issues that surround residential schools and its legacy, the understanding of that legacy, and the awareness and building of the level of team capacity to involve people in healing. There is a reticence in getting people involved in healing, as we mentioned earlier, and readiness to heal is an important issue in respect of mental-health healing. Approximately 20 per cent of the communities are just beginning their healing; 65.9 per cent of the communities that we surveyed — from the three surveys mentioned earlier — have accomplished a few goals but they have much work to do; and 14.1 per cent of the communities said that they accomplished many goals. Those communities were funded for the 36-month period or longer. The participants told us that their goals changed over the course of attending activities, and that they improved

notre rapport final en trois volumes. J'ai mis en relief certains points émanant de ce rapport dans le document que je vous ai remis aujourd'hui. L'ébauche du rapport et ces points en question ont déjà été présentés au juge Frank Iacobucci, qui s'occupe du dossier général des pensionnats et des solutions possibles aux problèmes dans un contexte plus vaste qui englobe un certain nombre de facteurs.

La Fondation autochtone de guérison a été mise sur pied en 1998 pour un mandat de dix ans. On lui a donné un an pour s'établir et quatre années pour distribuer ses fonds, ce qu'elle a maintenant terminé. Elle a conclu 1 346 accords de contribution avec les communautés concernant des projets de guérison. Grâce à ces projets, environ 86 000 personnes qui ont été victimes des pensionnats sont encore en vie aujourd'hui. En outre, si nous extrapolons les chiffres tirés des enquêtes régionales sur la santé, de l'Enquête auprès des peuples autochtones et du recensement ainsi que l'information que nous sommes en mesure d'obtenir, nous pouvons évaluer qu'environ 287 350 personnes ont subi les répercussions intergénérationnelles des pensionnats. Le nombre total d'Autochtones touchés s'élève donc à 373 350, dont un grand nombre n'ont pas encore reçu de services. En extrapolant les données de nos trois enquêtes nationales, nous avons déterminé qu'environ 204 564 personnes ont participé aux projets de guérison, dont la presque totalité ont pris part à la première étape de la guérison liée au traumatisme et aux répercussions du traumatisme historique découlant du régime des pensionnats. Nous savons que pas plus du tiers d'entre elles avaient déjà participé à un projet de guérison et que près de 50 000 personnes ont pu prendre part à des projets de formation par l'entremise de la Fondation autochtone de guérison.

Grâce à ces enquêtes, à nos groupes de discussion et à nos études de cas, nous savons que la guérison prend environ 36 mois. C'est le temps qu'il faut pour déterminer les problèmes que vit la personne, établir un lien avec elle et amorcer un programme de guérison. Moins du tiers des projets parrainés par la Fondation autochtone de guérison ont disposé de 36 mois pour mener ce processus. Jusqu'à maintenant, environ 55 p. 100 des personnes ont effectué la première étape du processus de guérison grâce à la Fondation. Nous savons que la guérison est un long processus qui se déroule par étape. Dans le document que je vous ai remis, vous trouverez des images qui présentent les étapes des processus de guérison communautaire et individuelle. Les deux sont différents, mais très liés. Nous connaissons les problèmes qu'a entraînés le régime des pensionnats et l'héritage qu'il a laissé, et nous savons qu'il faut beaucoup d'efforts pour inciter les gens à entreprendre un processus de guérison. Les gens sont réticents, comme nous l'avons mentionné plus tôt, et le fait d'être disposé à amorcer le processus joue un rôle important sur le plan de la guérison de la maladie mentale. Environ 20 p. 100 des communautés viennent de commencer leur guérison; 65,9 p. 100 des communautés visées par les enquêtes — les trois enquêtes dont j'ai parlé plus tôt — ont atteint quelques objectifs, mais elles ont encore beaucoup à faire; et 14,1 p. 100 des communautés ont déclaré qu'elles avaient atteint de nombreux objectifs. Ces communautés ont reçu du financement pendant 36 mois ou davantage. Les participants nous ont affirmé que leurs objectifs ont changé au fil des activités et qu'ils sont devenus plus conscients d'eux-mêmes, de leurs

their self-awareness, their relationships with others, their knowledge and their culture reclamation. The majority said that they felt better about themselves because they found strength, were able to improve their self-esteem and were able to begin to work through their trauma. Those measures sound like general factors but they are critical in terms of truly recognizing and dealing with the issues of residential schools.

I have two graphs that show that importance. I believe I spoke to this in the hearings on June 21, but it is important to mention it again. When asked what services they accessed most often, more than 1,400 individual participant respondents said healing services, legacy education and workshops. At the bottom of that list was western therapies. When we asked them what services they rated most effective, at the top was elders, ceremonies, one-on-one counselling, healing and talking circles and traditional medicine. Aboriginal people have always known this but it had not been documented. Now it is documented in this survey of more than 1,400 people who responded to participant questionnaires. Traditional healing approaches are effective and they must be considered. Certainly, western therapies are integrated in some way in some approaches when dealing with mental health. We do not know enough about that — we should know more — but traditional approaches are effective, and we do know that.

We estimate that it takes a community an average of 10 years to reach out, to dismantle denial, to create safety and to engage participants in the therapeutic healing process. We know that process is affected by the level of community awareness, the readiness of individuals to heal, the availability of organizational infrastructure and the access to skilled personnel. In that respect, the projects funded by the Aboriginal Healing Foundation have played a critical role in beginning the healing process, in providing partnerships, in identifying and filling the gaps in services and in involving survivors and those who are intergenerationally impacted.

Two studies are critical in terms of the relationship between mental health services and the larger picture. The first one is the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect by the Law Commission of Canada, which the committee should look at if it has not done so. The study indicates that child abuse is extremely costly to this country in terms of employment and education issues, as well as other aspects of life. When applied to the residential school issue, it shows that Canadian society pays about \$440 million per year on incarceration, social services, special education and health. That figure is merely an extrapolation of the Law Commission's study on child abuse.

relations avec les autres, de leurs connaissances et de leur culture. La majorité ont dit qu'ils se sentaient mieux parce qu'ils avaient trouvé de la force, qu'ils avaient une meilleure estime d'eux-mêmes et qu'ils étaient en mesure de commencer à se sortir de leur traumatisme. Ces facteurs peuvent sembler banals, mais ils sont essentiels pour pouvoir admettre les problèmes causés par les pensionnats et pour être apte à y faire face.

Dans le document, deux graphiques illustrent cette importance. Je crois que j'ai abordé ce point lors de la séance du 21 juin, mais il est important que je le répète. On a demandé aux répondants à quels services ils avaient recours le plus souvent, et au-delà de 1 400 d'entre eux ont mentionné les services de guérison, les séances de sensibilisation à l'héritage des pensionnats et les ateliers. Au bas de la liste figuraient les thérapies occidentales. Quand on leur a demandé quels services ils trouvaient les plus efficaces, ils ont cité dans cet ordre les méthodes des aînés, les cérémonies, les séances de counselling individuelles, les cercles de guérison, les cercles de la parole et la médecine traditionnelle. Les Autochtones ont toujours su cela, mais ce n'avait jamais été documenté auparavant. Maintenant, cette enquête, à laquelle ont participé plus de 1 400 personnes, en fait état. Les méthodes de guérison traditionnelles sont efficaces et on doit en tenir compte. Il est certain toutefois que les thérapies occidentales sont intégrées d'une certaine façon dans quelques approches liées à la maladie mentale. Nous ne connaissons pas suffisamment les méthodes traditionnelles — nous devrions mieux les connaître — mais nous savons qu'elles sont efficaces.

Nous estimons qu'il faut en moyenne une dizaine d'années à une communauté pour mettre fin à la dénégation, créer un sentiment de sécurité et amener les gens à prendre part au processus de guérison. Nous savons que ce processus dépend du degré de sensibilisation au sein de la communauté, de la mesure dans laquelle les gens sont prêts à guérir, de l'existence d'une infrastructure organisationnelle et de l'accès à du personnel compétent. Ainsi, les projets financés par la Fondation autochtone de guérison ont contribué de façon essentielle à l'amorce du processus de guérison en établissant des partenariats, en déterminant et en comblant les écarts au niveau des services et en faisant participer les survivants et ceux qui subissent les répercussions intergénérationnelles.

Deux études démontrent clairement les liens qui existent entre les services de santé mentale et la situation globale. La première est l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, menée par la Commission du droit du Canada, que le comité devrait examiner, s'il ne l'a pas déjà fait. L'étude révèle que la violence envers les enfants entraîne des coûts extrêmement élevés pour le Canada sur le plan de l'emploi et de l'éducation et d'autres aspects de la vie. En raison du régime des pensionnats, la société canadienne paie environ 440 millions de dollars par année en services correctionnels, en services sociaux et en services d'éducation spéciale et de santé. Nous en sommes arrivés à ce montant en quelque sorte grâce aux données que renferme l'étude de la Commission du droit sur la violence envers les enfants.

The second study was co-funded and partnered by Aboriginal Corrections Policy Unit, under the Solicitor General of Canada, and the Aboriginal Healing Foundation. The study looked at healing in relation to incarceration on the Hollow Water Reserve and found that healing is more cost effective than incarceration, and actually lowers the incarceration rates. For every \$2 spent on the community holistic healing circle program at Hollow Water, the federal and provincial governments save \$6 to \$16 on incarceration fees. That is a conservative estimate that was done by holding the cost of the system constant and adding the cost of one person to the system. If we factored in the cost of the system, the federal government would save a great deal more money. Healing is cost-effective, personally effective and socially effective.

The Aboriginal Healing Foundation has suggested a way that healing could be supported on a long-term basis — the investment in healing as shown in the last three slides of this presentation. An endowment of \$600 million would support a 30-year healing strategy with a 2.5 per cent inflation rate and a 5 per cent return on that investment. Thus, \$28.7 million per year would be available for community-funded projects. This would mean that by year 30, the Aboriginal Healing Foundation would have invested \$1.2 billion in healing.

The importance of that in relation to what we have not yet accomplished is as important as what we have accomplished. Inuit have been late in coming into the programs, and are now active in the projects supported by the Aboriginal Healing Foundation. Metis have been even more difficult to reach and are a target. Many areas of society that are invisible to all of us, such as the homeless and the incarcerated, have been difficult to reach as well, and much of what has begun on reserves across this country and in urban areas will be lost due to lack of funding for the projects of the Aboriginal Healing Foundation. The funding priorities should be the continued outreach to the underserved and special needs Aboriginal communities and the provision of opportunities to begin the healing process in areas where that has not happened. As well, support should be continued to Aboriginal communities and communities of interest with the funded projects for an average of 10 years. Another priority should be to continue to document and evaluate effective healing practices and to share those with all stakeholders. There is much to be done in those areas. Another priority should be to support self-determination and self-reliance in Aboriginal communities through culturally appropriate healing services through training and networks.

Therefore, we recommend that the Government of Canada renew the mandate of the Aboriginal Healing Foundation for a period of 30 years. We recommend that the renewed mandate address the legacy of abuse and social, psychological, cultural and spiritual injuries, including intergenerational impacts. We

La deuxième étude a été cofinancée par le Groupe de la politique correctionnelle autochtone, qui relève du solliciteur général du Canada, et par la Fondation autochtone de guérison. Cette étude compare la guérison à l'incarcération dans la réserve Hollow Water. Elle révèle que la guérison est plus rentable que l'incarcération et, qu'en fait, elle fait diminuer le taux d'incarcération. Pour chaque 2 \$ consacré au programme communautaire des cercles de guérison, les gouvernements fédéral et provinciaux économisent de 6 \$ à 16 \$ en frais d'incarcération. Il s'agit d'une estimation prudente, calculée en maintenant le coût du système constant et en ajoutant le coût d'un détenu. Si on tenait compte du coût du système, le gouvernement fédéral réaliserait de grandes économies. La guérison est rentable et efficace sur le plan individuel et social.

La Fondation autochtone de guérison a proposé une façon d'appuyer à long terme la guérison — les trois dernières diapositives portent sur l'investissement dans la guérison. La somme de 600 millions de dollars permettrait d'appuyer une stratégie de guérison s'échelonnant sur 30 ans, en tenant compte d'un taux d'inflation de 2,5 p. 100. En outre, cet investissement entraînerait un rendement de 5 p. 100. Ainsi, 28,7 millions de dollars par année seraient disponibles pour financer des projets dans les communautés. Cela signifie qu'au bout de 30 ans, la Fondation autochtone de guérison aurait investi 1,2 milliard de dollars dans la guérison.

L'ampleur de cette somme comparativement à ce que nous n'avons pas encore accompli est aussi importante que ce que nous avons déjà accompli. Les Inuits ont mis du temps à participer aux programmes, mais ils prennent maintenant une part active aux projets appuyés par la Fondation autochtone de guérison. Il a été encore plus ardu d'atteindre les Métis, qui constituent un groupe cible. Il a aussi été difficile d'atteindre un grand nombre de personnes qui sont invisibles à nos yeux, comme les sans-abri et les détenus, et une grande partie de ce qui a été entrepris dans les réserves et dans les régions urbaines sera perdu en raison d'un manque de financement pour les projets de la Fondation. La priorité en matière de financement devrait être accordée aux communautés autochtones qui ont des besoins particuliers et qui ne reçoivent pas suffisamment de services. Il nous faudrait aussi favoriser les occasions d'amorcer le processus de guérison dans les régions où cela ne s'est pas encore produit. En outre, il faut continuer d'appuyer les communautés autochtones et les communautés d'intérêt en permettant à la Fondation de financer des projets pendant encore une dizaine d'années en moyenne. Il faut aussi que l'on puisse continuer de documenter et d'évaluer les pratiques efficaces de guérison et qu'on en fasse part à toutes les parties intéressées. Il y a beaucoup à faire à cet égard. Il faudrait également encourager l'autodétermination et l'autonomie chez les communautés autochtones par l'entremise de services de guérison adaptés à la culture et par l'intermédiaire de cours de formation et de l'établissement de réseaux.

Par conséquent, nous recommandons que le gouvernement du Canada renouvelle le mandat de la Fondation autochtone de guérison pour une période de 30 ans. Nous recommandons que le nouveau mandat porte sur l'héritage de violence et de blessures sociales, psychologiques, culturelles et spirituelles, y compris les

recommend that the mandate be designed to complement and advance the interrelated goals of acknowledgement, redress, healing and reconciliation, the formation of a new relationship — an extension of “Gathering Strength” in many ways — and the recognition of Aboriginal relationships with non-Aboriginal people in Canada. We also recommend that the AHF be funded to support a public education role to conduct research and to share knowledge related to the legacy of abuse and to promote healing and reconciliation in that fashion. Finally, we recommend that a \$600-million, one-time grant be invested to generate income to be expended over 30 years to fulfil a renewed mandate of the Aboriginal Healing Foundation.

Jennifer Dickson, Executive Director, Pauktuutit Inuit Women's Association: Thank you, senators. I will not mention adequate, long-term, less-onerous funding even once.

Pauktuutit Inuit Women's Association is a national organization that represents all Canadian Inuit women, both in the Arctic and the southern regions of our vast country. Pauktuutit is pleased to have this opportunity to share ideas and to contribute recommendations to this important Senate of Canada initiative.

I would like to introduce my colleague, Leesie Naqitarvik. She is the manager of several of Pauktuutit's abuse files. We know that abuse of all kinds is endemic and persistent in the Arctic. It is an issue that powerfully impacts on and is impacted by the mental health of all Inuit.

Pauktuutit is truly northern and works under the direction of a 13-member board of directors made up of Inuit women drawn from every part of the Arctic, including youth and urban representatives. We are active in a wide range of programs in the Arctic, including the legacy of residential schools, gender equity, abuse prevention, protection of cultural and traditional knowledge and economic development.

On the health side, we are engaged in long-term advocacy and program work on substance abuse, HIV/AIDS, hepatitis C and other sexual health issues, diabetes, tobacco cessation, suicide prevention and respite for caregivers, to mention only a few.

Since women hold in their hands our most vulnerable citizens and our hope for tomorrow, Pauktuutit has always emphasized the well-being of children in all our work. Traditional midwifery, maternal and infant care and prenatal programs, teen pregnancy, youth suicide and child sexual assault are among our child-related programs.

That is Pauktuutit in a thimble. I will give you one or two other facts for context.

répercussions intergénérationnelles. Nous recommandons aussi que le mandat soit conçu de façon à compléter et à pouvoir faire progresser les divers objectifs liés entre eux, à savoir la reconnaissance et la réparation des torts, la guérison et la réconciliation, la création d'une nouvelle relation — pour faire suite d'une certaine façon au plan « Rassembler nos forces » — et la reconnaissance des liens entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Nous recommandons par ailleurs que la Fondation reçoive du financement pour mettre en place des mesures de sensibilisation, effectuer des recherches, partager les connaissances au sujet de l'héritage de violence et promouvoir la guérison et la réconciliation. Enfin, nous recommandons qu'une subvention de 600 millions de dollars soit accordée à la Fondation pour s'acquitter de son nouveau mandat de 30 ans.

Mme Jennifer Dickson, directrice exécutive, Pauktuutit Inuit Women's Association : Merci, honorables sénateurs. Je vous assure que je ne parlerai pas une seule fois de financement adéquat, à long terme et moins coûteux.

La Pauktuutit Inuit Women's Association est un organisme national qui représente l'ensemble des femmes inuites canadiennes, tant celles qui habitent dans l'Arctique que celles qui vivent dans les régions du sud de notre grand pays. Notre association est ravie d'avoir l'occasion de partager ses idées et de faire des recommandations dans le cadre de cette importante étude menée par le Sénat du Canada.

Je vous présente ma collègue, Leesie Naqitarvik. Elle est responsable de plusieurs dossiers liés à la violence. Nous savons que dans l'Arctique la violence sous toutes ses formes est répandue. Il s'agit d'un problème qui a de graves répercussions sur la santé mentale de tous les Inuits.

L'association travaille sous la direction d'un conseil d'administration composé de 13 femmes inuites provenant de toutes les régions de l'Arctique, y compris de jeunes femmes et des femmes des milieux urbains. Nous participons à une vaste gamme de programmes dans l'Arctique, qui concernent notamment l'héritage du régime des pensionnats, l'équité entre les sexes, la prévention de la violence, la protection de la culture et du savoir traditionnel et le développement économique.

Dans le domaine de la santé, nous défendons certaines causes depuis longtemps et nous prenons part à des programmes visant l'abus d'alcool et de drogues, le VIH et le sida, l'hépatite C et d'autres questions de santé sexuelle, le diabète, la lutte au tabagisme, la prévention du suicide et les services de répit à l'intention des aidants, pour ne mentionner que ceux-là.

Puisque ce sont les femmes qui s'occupent de nos citoyens les plus vulnérables, qui représentent l'avenir, l'association a toujours mis l'accent sur le bien-être des enfants dans le cadre de son travail. Nos programmes axés sur les enfants portent notamment sur l'exercice traditionnel des sages femmes, la maternité, les soins aux bébés, les soins prénataux, la grossesse chez les adolescentes, le suicide chez les jeunes et les agressions sexuelles contre les enfants.

Voilà en bref en quoi consiste notre travail. Je vais vous citer un ou deux faits pour vous donner une idée de la situation.

Canada's Inuit are one of the earliest human civilizations in North America. Their people and culture have occupied the circumpolar regions of the world for more than 5,000 years. The majority of Canada's 47,000 Inuit live in 52 remote Arctic communities extending thousands of kilometres from the Alaskan border in the west to the eastern shores of Labrador, making up about a third of the land mass of Canada. It is a young and rapidly growing population. This vast cultural and geographic heritage will soon be in the hands of our precious youth. Canadian Inuit now have an average age of 20, compared to non-Aboriginal Canadians who have an average age of 38. Imagine if the average age in this room was 20.

We prepared a beautiful slide show for you and I am sorry that you will not get to see it. Perhaps I will email it to everyone.

The Chairman: That would be a good idea.

Ms. Dickson: Thank you.

Today's topic is particularly relevant to Inuit women, as their well-being — physical, emotional, economic and spiritual health — are key factors in the mental health of themselves, their families and their communities. We know that with regard to number, quality and effectiveness, services to Inuit women and related supports to their children do not yet even approach services provided to Canadians as a whole.

If we are serious about strengthening mental health in the Arctic, the challenge must be approached holistically and with consistent long-term interrelated policies and programs.

You may think that the four of us got together and made up one agenda today, but these are truly serious issues.

Economic opportunities, adequate and effective housing, improved education, gender equity, actions to protect the environment and attention to justice issues are some of the issues that cry for a strong, holistic approach. Further, to be effective, programs need to reflect the unique circumstances, culture and needs of Inuit communities.

I will not describe in detail the seriousness of the situation. You have heard the facts and statistics. I looked at the transcripts of your previous meetings and was amazed at the comprehensiveness of the facts you have collected, so I need not scare everyone by going through them again.

The consultations you held with our ITK colleagues last spring and this roundtable today are evidence of your concern. However, lest we become complacent, let us remember that past and ongoing societal transition, including forced settlement, relocation and residential schooling, have placed the social and economic conditions in many remote communities in the Arctic at the extremes of many of Statistics Canada's indicators. They

La population inuite du Canada fait partie de l'une des plus anciennes civilisations d'Amérique du Nord. Ce peuple et sa culture sont présents dans les régions circumpolaires du monde depuis plus de 5 000 ans. La majorité des 47 000 Inuits du Canada habitent dans 52 communautés de l'Arctique réparties sur des milliers de kilomètres depuis la frontière avec l'Alaska à l'ouest jusqu'aux côtes du Labrador à l'est. Ce territoire occupe environ un tiers de la masse terrestre du Canada. Il s'agit d'une population jeune qui est en rapide croissance. L'énorme héritage culturel et géographique se retrouvera bientôt entre les mains de notre précieuse jeunesse. L'âge moyen de la population inuite du Canada est de 20 ans, comparativement à 38 ans chez les Canadiens non autochtones. Imaginez un peu si la moyenne d'âge dans cette salle était de vingt ans.

Nous avons préparé de magnifiques diapositives pour vous, mais il est malheureux que vous n'aurez pas l'occasion de les voir. Peut-être que je vais vous les faire parvenir par courriel.

Le président : C'est une bonne idée.

Mme Dickson : Merci.

Le sujet d'aujourd'hui concerne particulièrement les femmes inuites puisque leur bien-être — physique, émotionnel, économique et spirituel — constitue un facteur déterminant de leur santé mentale et de celle de leur famille et de leur communauté. Nous savons qu'en termes de quantité, de qualité et d'efficacité, les services offerts aux femmes inuites et ceux qui s'adressent à leurs enfants sont bien loin d'être comparables aux services fournis à l'ensemble des Canadiens.

Si nous voulons véritablement améliorer la santé mentale dans l'Arctique, il faut aborder ce défi selon une approche holistique et il faut également élaborer des programmes et des politiques à long terme interdépendants.

Vous allez peut-être penser que nous nous sommes rencontrés tous les quatre pour établir un seul et même discours, mais en fait c'est que ce sont de très sérieuses questions.

Le développement économique, le logement adéquat, l'éducation, l'équité entre les sexes, la protection de l'environnement et les questions juridiques ne sont que quelques enjeux qui nécessitent une approche vigoureuse et holistique. En outre, pour qu'ils soient efficaces, les programmes doivent être adaptés aux circonstances, à la culture et aux besoins uniques des communautés inuites.

Je ne vais pas décrire en détail la gravité de la situation. Vous avez entendu les faits et les statistiques. J'ai examiné la transcription des délibérations de vos séances précédentes et j'ai été étonnée de la vaste gamme de renseignements que vous avez obtenus, alors n'ayez crainte, je ne vais pas répéter tous les faits qu'on vous a présentés.

Les consultations que vous avez menées le printemps dernier avec nos collègues de l'ITK et la table ronde d'aujourd'hui témoignent de votre préoccupation. Cependant, n'oublions pas que le passé et la transition que vit notre société, à la suite notamment de règlements imposés, de la réinstallation et des pensionnats, ont créé dans de nombreuses communautés éloignées de l'Arctique des conditions économiques et sociales qui figurent

include the highest rates of unemployment, the lowest income, the highest cost of living, the worst housing conditions, the highest rates of communicable diseases and the shortest life expectancy of all Canadians.

We have some recommendations on what we can do about this.

Let us employ community-based decision making much more than we do at present. As with most public policy implementation, policies and programs that work best for Inuit are initiated, designed, delivered and administered by Inuit.

Let us ensure that all programs are culturally relevant. Unique traditional knowledge and culture is central to Inuit health and well-being. Inuit wisdom and ways must be incorporated into all programs if we are to affect individual and community health positively. As your interim report states, the goal is to have a “culturally competent continuum of services that includes traditional knowledge and practices based primarily in the home community or region.”

Third, let us improve and build new service networks so that colleagues can work together and share information, experience and expertise across the vast geographic, technical and jurisdictional barriers of the North. Coordinated service networks are necessary in northern regions and communities.

Let us build capacity. Inuit families are aware of severe staffing shortages and the “geographic maldistribution of mental health and addictions professionals.” That is also from the report. However, there are important resources already in the communities as well. For example, let us build on existing strengths by including elders and by offering training and development opportunities that meet remote community objectives. Let us promote and adapt Inuit traditional knowledge and knowledge from other sources to train both Inuit and non-Inuit in culturally appropriate healing practices in the North.

Let us use the up-and-rising distance education and telehealth in capacity development. The key to capacity is adequate, flexible and ongoing funding — I was not going to say that — for human resources and infrastructure, and for continuing and new programs.

Let us coordinate and integrate the system. Pauktuutit is on record as offering to assist with coordination and integration of federal, provincial and territorial programs and services offered to Inuit.

Let us improve the numbers. Only with current Inuit-specific statistics can implementation, development and evaluation of programs and services be based on relevant, reliable evidence.

aux extrêmes d'un grand nombre d'indicateurs de Statistique Canada. Il y a entre autres les taux de chômage les plus élevés, le revenu le plus faible, le coût de la vie le plus élevé, les pires conditions de logement, les plus hauts taux de maladies transmissibles et la plus courte espérance de vie parmi l'ensemble des Canadiens.

Nous avons certaines recommandations à vous faire en vue de régler ces problèmes.

Premièrement, ayons recours à la prise de décisions par la communauté davantage qu'à l'heure actuelle. La plupart des politiques et des programmes qui fonctionnent le mieux pour les Inuits ont été pensés, conçus, offerts et gérés par les Inuits.

Deuxièmement, faisons en sorte que tous les programmes soient adaptés à notre culture. La culture et le savoir traditionnels sont au cœur de la santé et du bien-être des Inuits. La sagesse des Inuits et leurs façons de faire doivent être intégrées dans tous les programmes pour qu'ils aient des répercussions positives sur la santé des personnes et de la communauté. Comme vous l'écrivez dans votre rapport intérimaire, l'objectif est de détenir « un continuum des services adaptés à la culture assorti de connaissances et de pratiques traditionnelles fondées sur la famille, la collectivité ou la région. »

Troisièmement, améliorons les réseaux de services et créons-en de nouveaux de sorte que les collègues puissent travailler ensemble et partager l'information, l'expérience et l'expertise malgré les obstacles attribuables aux facteurs géographiques et aux sphères de compétences. Des réseaux de services coordonnés sont nécessaires dans les régions et les collectivités nordiques.

Bâtissons une capacité. Les familles inuites sont au courant de la grave pénurie de personnel et de la mauvaise répartition géographique des professionnels en santé mentale et en traitement des toxicomanies. C'est ce que vous dites également dans votre rapport. Cependant, les communautés peuvent déjà compter sur des ressources importantes. Par exemple, appuyons-nous sur les forces existantes en faisant appel aux aînés et en offrant de la formation et des possibilités de développement qui correspondent aux objectifs des collectivités éloignées. Faisons la promotion du savoir traditionnel et du savoir provenant d'autres sources et adaptons ces savoirs afin d'enseigner à des Inuits et à d'autres Canadiens des pratiques de guérison adaptées à la culture des gens du Nord.

Utilisons le téléenseignement et la télésanté, deux domaines en croissance, pour développer notre capacité. Pour accroître notre capacité en matière de ressources humaines, d'infrastructures et de programmes, il est essentiel de bénéficier d'un financement adéquat, souple et continu — je n'étais pas censée parler de cela.

Faisons en sorte d'établir un système intégré. L'association offre son aide pour effectuer la coordination et l'intégration des programmes et des services fédéraux, provinciaux et territoriaux offerts aux Inuits.

Améliorons les statistiques. Ce n'est qu'avec des données actuelles sur les Inuits que nous pourrions mettre en œuvre, développer et évaluer des programmes et des services fondés sur des chiffres pertinents et fiables.

This is key: Let us follow the Inuit youth. As mentioned above and elsewhere at this table, the average age of the Inuit today is 20. The National Inuit Youth Council, NIYC, has developed an ongoing, engaging and holistic youth suicide prevention framework. Ms. Randell provided you with a copy of that, which describes in detail many of the concepts and recommendations outlined in my presentation and elsewhere around this table. If you do nothing else, get on the NIYC website, because what the youth have done is amazing.

People who are happy and well do not harm themselves. If we enhance and protect mental well-being, the effect will be a strong measure to prevent suicide.

Let us make certain that there is a healing centre in each of Canada's remote Arctic communities. Well-trained mental health resource people must be available. These centres might provide places where Inuit elders, adults, youth and organizations could truly listen to each other and involve each other in meaningful interventions and traditional healing.

Schools can support the development of total well-being by providing not only for academic achievement but also healthy physical activity, and coping and relationship skills. Community youth groups can be active in role modelling and cultural activities, and they can be trained in suicide prevention.

Let us be serious about supporting culture. The Inuit population is growing faster than any other in Canada. Youth needs supports to ensure their values, language and traditions are maintained. One key to culture is language. We need to preserve, promote and enhance Inuktitut across the Arctic. We need to promote life and well-being, and build strong communities. Holistic mental health strategies must include employment and transitional programs, programs for trades and high school equivalency, housing for young adults and more. New and existing early childhood programs strengthen a child's foundation for total well-being. Gender-based analysis will go far to ensure equity for Inuit women. Regional crisis lines and healing centres in each community can provide access to support personnel.

Inuit women are truly the agents of change in Canada's Arctic. If motivated, included, franchised and supported, they can and will contribute substantially to strong, stable, healthy and happy communities. On their behalf, I invite questions.

La principale recommandation est la suivante : suivons la jeunesse inuite. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, à l'instar d'autres témoins, l'âge moyen de la population inuite est de 20 ans. Le National Inuit Youth Council, le NIYC, a élaboré un cadre permanent, mobilisateur et holistique de prévention du suicide chez les jeunes. Mme Randell vous en a remis un exemplaire, qui décrit en détail un grand nombre des concepts et des recommandations que je suis en train de formuler et qui l'ont été par d'autres témoins à cette table. Vous devez absolument consulter le site Web du NIYC, car ce qu'ont fait ces jeunes est incroyable.

Les gens qui sont heureux et qui se sentent bien ne se font pas de mal. Si nous améliorons et protégeons la santé mentale, cela contribuera considérablement à prévenir les suicides.

Faisons en sorte qu'il existe un centre de guérison dans chaque collectivité éloignée de l'Arctique canadien. Il doit y avoir des travailleurs bien formés en santé mentale. Ces centres pourraient fournir des endroits où les aînés, les adultes, les jeunes et les organismes pourraient s'écouter véritablement l'un l'autre et participer à des interventions et à des méthodes de guérison traditionnelles.

Les écoles peuvent appuyer le développement du bien-être global en favorisant non seulement la réussite scolaire, mais aussi en prévoyant des cours d'activités physiques et en enseignant aux élèves des habiletés d'adaptation. Les groupes communautaires de jeunes peuvent prendre part à des activités d'imitation de rôles et à des activités culturelles, et on peut leur donner une formation en prévention du suicide.

Appuyons la culture de façon sérieuse. La population inuite connaît une croissance plus rapide que toute autre population au Canada. Les jeunes ont besoin de soutien pour maintenir leurs valeurs, leur langue et leurs traditions. Un des piliers de la culture est la langue. Il faut préserver et améliorer l'inuktitut et en faire la promotion à l'échelle de l'Arctique. Nous devons aussi faire la promotion de la vie et du bien-être et bâtir des collectivités solides. Les stratégies holistiques en matière de santé mentale doivent comporter des programmes d'emploi et de transition, des programmes visant l'apprentissage d'un métier et l'obtention d'un diplôme équivalent à un DES et des programmes de logement destinés aux jeunes adultes. Les programmes d'éducation de la petite enfance constituent une bonne base pour le bien-être global de l'enfant. Une analyse comparative entre les sexes contribuera grandement à assurer l'équité aux femmes inuites. Les lignes d'écoute téléphoniques et les centres de guérison dans chaque collectivité peuvent donner accès à du soutien.

Les femmes inuites sont véritablement les agents du changement dans l'Arctique canadien. Si elles sont motivées, incluses et appuyées, elles peuvent contribuer, et contribueront, considérablement à l'établissement de collectivités solides, stables, saines et heureuses. En leur nom, je vous invite à poser des questions.

The Chairman: Thank you to all for the thought you have obviously put into your presentations. It is helpful to us that there is an element of consistency of view. It makes it much easier for us to develop recommendations.

I would like to ask one general question that many of you touched on before I turn to Senator Gill. I find it a little confusing. Many of you raised the issue of interdepartmental fighting between either departments in Ottawa or between the federal government and the provinces in terms of initial funding and also ongoing funding. In the case of on-reserve First Nations or Inuit, I am not sure why the provinces are involved. I know you go to some of their hospitals to get services, but I would have thought the funding issue for those two groups was entirely federal. Is your dispute between the Department of Indian and Northern Affairs, on the one hand, or the First Nations and Inuit branch of Health Canada, on the other? Apropos of that, if anyone has any views on whether those two ought to be merged so the health funding comes out of a single pocket, I would like to hear them.

I think it was Ms. Randell who made the extraordinary statement that funding for mental health is based on affordability, not need. One of you used that phrase, and it certainly stuck in my mind. Other than the stupidity and the outrageous nature of that situation, it would be interesting for me to understand whether or not mental health funding is always the last thing to get funded. In your view, is it that we fund everything else in health and if something is left over we throw mental health a crumb, or is it, in fact, a dramatic underfunding across the entire spectrum?

Ms. Randell: Your first question related to the provincial-territorial-federal responsibilities related to health care delivery. For Inuit communities, there is a definite role for both. For example, in Nunavut in the Northwest Territories, the federal government transferred health care delivery in 1988 to the N.W.T. and then, when Nunavut was created, that transfer went to Nunavut. The First Nations and Inuit Health Branch provides prevention and promotion programs and in some cases, limited care and treatment programs to Inuit communities through the two territorial governments: for Inuit living in Nunavut and Inuvialuit, through the Nunavik Health and Social Service Board for Inuit in Quebec, and through the Labrador Inuit Health Commission for Inuit in Labrador. In Nunavik, for example, in northern Quebec, if someone requires significant mental health services, they are transported by Medivac to Montreal, to a provincial hospital, where they have developed a partnership or an agreement. In fact, Nunavik has one bed dedicated for Inuit in Montreal for mental health services.

The Chairman: Is that cost paid for by the federal government?

Ms. Randell: I think it is covered by the provincial government.

Le président : Je vous remercie tous pour le soin que vous avez pris de toute évidence pour préparer vos exposés. La constance de vos propos nous est utile. Il est ainsi beaucoup plus facile pour nous d'élaborer des recommandations.

Avant de donner la parole au sénateur Gill, j'aimerais poser une question d'ordre général sur un point que bon nombre d'entre vous ont abordé. Ce n'est pas très clair. Beaucoup d'entre vous ont parlé du fait que les ministères fédéraux ou le gouvernement fédéral et les provinces ne s'entendent pas sur le financement initial ni sur le financement continu. En ce qui a trait aux Premières nations ou aux Inuits qui vivent dans les réserves, je ne comprends pas pourquoi les provinces s'en mêlent. Je sais que vous obtenez des services dans leurs hôpitaux, mais je croyais que le financement destiné à ces deux groupes provenait entièrement du gouvernement fédéral. Est-ce que le conflit concerne le ministère des Affaires indiennes et du Nord ou la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada? Soit dit en passant, si un d'entre vous veut exprimer son opinion sur la question de savoir si ces deux entités devraient être fusionnées de sorte que le financement en matière de santé provienne d'un seul organisme, j'aimerais bien l'entendre.

Je crois que c'est Mme Randell qui a déclaré que le financement consacré à la santé mentale dépend des fonds disponibles, et non pas des besoins. C'est ce qu'a affirmé l'un d'entre vous, et cela m'a frappé. Mis à part le fait que cette situation soit stupide et scandaleuse, j'aimerais savoir si la santé mentale est toujours le dernier domaine à être financé. Selon vous, est-ce qu'on finance tous les autres domaines de la santé en premier et on laisse les miettes à la santé mentale, s'il en reste, ou est-ce que tous les domaines de la santé manquent de financement?

Mme Randell : Votre première question concerne les responsabilités provinciales, territoriales et fédérales en matière de soins de santé. Aux yeux des collectivités inuites, les deux paliers ont un rôle à jouer. Par exemple, en 1988, le gouvernement fédéral a transféré la responsabilité d'assurer les soins de santé aux Territoires du Nord-Ouest et, lorsque le Nunavut a été créé, il lui a également transféré cette responsabilité. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits offre des programmes de prévention et de promotion et, dans certains cas, des programmes de soins et de traitement limités à l'intention des collectivités inuites par l'entremise des deux gouvernements territoriaux. Ils sont offerts pour les Inuits vivant au Nunavut et à Inuvialuit par l'entremise de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik du Québec et par l'intermédiaire de la Labrador Inuit Health Commission pour les Inuits du Labrador. À Nunavik, par exemple, dans le nord du Québec, une personne qui a besoin de services importants en santé mentale est transportée par Medivac dans un hôpital montréalais qui a conclu un partenariat ou une entente. En fait, un lit est réservé aux Inuits de Nunavik dans le réseau hospitalier de Montréal.

Le président : Ce coût est-il assumé par le gouvernement fédéral?

Mme Randell : Je crois qu'il est assumé par le gouvernement provincial.

Senator Gill: It is charged to the federal government after that.

Ms. Randell: Labrador has just recently signed their land claim agreement, but the province of Newfoundland and Labrador still provides health services. They run all the health centres in Labrador. Under the terms of the agreement, that will change within the next 10 years but, at the current time, the hospital-based services or health-based services are provided through the province.

Ms. Gideon: It is a complex question. At the First Ministers Meeting coming up on November 25, one key area on which we aim to provide recommendations is that of clarifying roles and responsibilities on Aboriginal health through the blueprint process. Over the past year, many of us in this room have had a full-time job in developing this blueprint on Aboriginal health. The clarifying roles and responsibilities discussion is only happening now because of the complexities with respect to federal, provincial and territorial governments and our organizations putting our cards on the table and saying, these are our areas of confusion and this is how we need to clarify them. Again, it requires some jurisdictions to take on more responsibilities, financially and otherwise. There is a price tag associated with roles and responsibilities, so there is bit of reluctance to take them on, but I will do my best to indicate areas of activity and confusion now.

At the federal level, territories and provinces receive funding for health and social transfers for First Nations residing in their territory and province, but there is no accountability to First Nations as to how that money is spent. It is difficult to get a sense of how the money is utilized, when you look at the proportion of dollars and expenditures. We have been able to pull some of that information, but, again, there is little accountability.

The Chairman: Are you talking about on-reserve or off-reserve?

Ms. Gideon: I am speaking about both. They are part of the population that resides in the province. The federal government through Health Canada, and through some health-related services provided by the Department of Indian and Northern Affairs, offers some support on-reserve for promotion, prevention or primary care services. Even some basic nursing services will be utilized in the context of mental health, wellness or suicide-related issues. It is not clear-cut. There are some community health programs such as Brighter Futures, Building Healthier Communities, where the majority of the funding is utilized for mental health services. There are also non-insured health benefits, which are clearly funded by Health Canada. As Ms. Randell stated, little of that money goes to mental health services for the Inuit population. Our analysis shows that there is an average of 7.3 per cent annual growth in mental health expenditures for First Nations people within the context of the non-insured health benefits program. I do not have the specific dollar figure here but I could find that for you if you want a sense of proportion. It is a bit of a hodgepodge. Some of the community health programs

Le sénateur Gill : Un remboursement est ensuite demandé au gouvernement fédéral.

Mme Randell : Le Labrador vient tout juste de signer son accord de revendications territoriales, mais la province de Terre-Neuve-et-Labrador fournit encore les services de santé. Elle gère tous les centres de santé du Labrador. En vertu de l'accord, cela changera au cours des 10 prochaines années, mais, pour l'instant, les services hospitaliers et les services de santé sont fournis par l'entremise de la province.

Mme Gideon : Il s'agit d'une question complexe. À la rencontre des premiers ministres, qui aura lieu le 25 novembre, nous voulons recommander que l'on clarifie les rôles et les responsabilités en matière de santé dans le plan pour la santé autochtone. Au cours de la dernière année, un grand nombre d'entre nous ici présents ont consacré tout leur temps à l'élaboration de ce plan. La discussion sur la clarification des rôles et des responsabilités a lieu en ce moment uniquement en raison du partage complexe des compétences entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et parce que nos organismes ont exigé que l'on éclaire les points obscurs. Je le répète, pour que nous puissions assumer davantage de responsabilités, financières ou autres, il nous faut davantage de compétences. Il y a un coût associé aux rôles et aux responsabilités, alors il existe une certaine réticence à les assumer. Je vais faire de mon mieux pour expliquer les domaines d'activité et les points obscurs.

Les territoires et les provinces reçoivent des fonds du gouvernement fédéral au titre de la santé et des services sociaux à l'intention des Premières nations qui habitent sur leur territoire, mais ils n'ont pas l'obligation de rendre des comptes aux Premières nations quant à la façon dont cet argent est dépensé. Il est difficile de savoir quel usage ils en font quand on compare les sommes reçues et les dépenses. Nous avons été en mesure d'obtenir quelques renseignements à cet égard, mais, je le répète, il n'y a presque aucune reddition des comptes.

Le président : Parlez-vous des membres des Premières nations qui habitent dans les réserves ou à l'extérieur des réserves?

Mme Gideon : Les deux. Ils font tous partie de la population qui habite dans la province. Le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé Canada et de certains services liés à la santé qui sont fournis par le ministère des Affaires indiennes et du Nord, offre un certain soutien dans les réserves pour la promotion et la prévention ou pour les services de soins de première ligne. Même certains services infirmiers de base sont utilisés dans le contexte du traitement de la maladie mentale ou dans les domaines du bien-être et de la prévention du suicide. Rien n'est bien défini. Certains programmes de santé communautaire, comme Grandir ensemble : Pour des collectivités en bonne santé, consacrent la majeure partie de leurs fonds aux services de santé mentale. Il y a aussi les services de santé non assurés, qui sont de toute évidence financés par Santé Canada. Comme Mme Randell l'a signalé, une somme minime est consacrée aux services de santé mentale destinés aux Inuits. Notre analyse montre que la croissance moyenne annuelle des dépenses en santé mentale à l'intention des Premières nations s'élève à 7,3 p. 100 dans le contexte du programme des services de

now, such as Brighter Futures, are designed to be flexible for communities. Communities that have negotiated a health transfer agreement, which is the majority of our communities — I am talking here about on-reserve — do have some flexibility as to how they can allocate some of those dollars for mental health. The issue is that it is not nearly enough.

Another issue is that there is very little coordination between some of the community-level health services and what the province would be expected to support at the secondary and tertiary care levels. Even if there is some coordination, First Nations have little say over how the provincial-level services are provided.

Especially in provinces where much of the decision-making is devolved to fairly independently operating regional health authorities, First Nations communities have to take on their responsibility to push the regional health authorities to be accountable to them for the type of services they provide to their members. The reality is that they do not have the capacity for that. Very few of the regional health authorities reach out to First Nations communities in their areas to develop relationships.

That is the rationale behind the blueprint on Aboriginal health on which we have been working. I am trying to bring it full circle. I wish I could contribute specific recommendations here that I expect will be endorsed around the issues of mental health and wellness at that meeting, but we are not there yet. On our end, we have been promoting what I have presented today, which is a community-driven approach, a holistic approach. This approach looks at the basic administrative mechanisms that the federal government can put into place to enable and support that kind of approach. That is what we have been trying to work on collaboratively among Health Canada, AFN and ITK.

Ms. Dickson: I will add a bit to the first piece of your question, about the interdepartmental lack of cohesion. I was scribbling while others were talking and I counted six independent federal departments with whom we deal on a weekly basis for various programs, policy and projects: Canadian Heritage, Indian and Northern Affairs Canada, FNIHB at Health Canada — that is First Nations and Inuit Health Branch — Status of Women Canada, Social Development Canada, Indian Residential School Resolution Canada, IRSRC, and Canadian Tobacco Control Research Initiative, CTCRI. As well, we deal with two private-sector foundations: McConnell Foundation and Lawson Foundation. You can imagine the complication when every one of them has different dates when they need reports and proposals provided, they need completely different formats, tables, models and templates with completely different types of information filled in, and reporting and proposal-writing requirements that are onerous. I was writing one on Sunday afternoon. One of my brothers was at my home and asked if I was buying IBM, because this proposal was already 46 pages long without one extraneous word. I still have not presented it because I am not yet finished.

santé non assurés. Je n'ai pas la somme exacte dans mes notes, mais je pourrais la trouver si vous voulez avoir une idée. C'est un peu un fouillis. Certains programmes de santé communautaire, comme Grandir ensemble, sont conçus pour s'adapter aux communautés. Les collectivités qui ont négocié une entente relative au transfert de pouvoirs en matière de santé, comme la majorité de nos communautés — je parle de celles qui vivent dans les réserves — bénéficient d'une certaine souplesse quant à la somme qu'elles souhaitent affecter aux services de santé mentale. Le problème, c'est que les fonds sont loin d'être suffisants.

Un autre problème, c'est qu'il y a très peu de coordination entre les services de santé communautaire et ceux que la province devrait financer dans les secteurs des soins secondaires et tertiaires. Même lorsqu'il y a une certaine coordination, les Premières nations n'ont pas vraiment leur mot à dire sur la façon dont les services offerts par les provinces sont fournis.

Surtout dans les provinces où la plupart des décisions sont effectuées par des autorités régionales de la santé relativement indépendantes, les collectivités des Premières nations doivent veiller à forcer ces autorités à leur rendre compte du type de services qu'elles fournissent à leurs membres. Toutefois, le fait est que ces autorités n'ont pas la capacité de leur fournir des services. Un nombre très restreint d'autorités régionales de la santé cherchent à établir des liens avec les collectivités des Premières nations.

C'est la raison d'être du projet sur la santé des Autochtones sur lequel nous travaillons. J'essaie de boucler la boucle. J'aimerais pouvoir présenter des recommandations précises sur les questions de santé mentale et de bien-être susceptibles d'être approuvées au cours de la conférence, mais nous n'en sommes pas encore là. De notre côté, nous préconisons ce que j'ai expliqué aujourd'hui, c'est-à-dire une approche de proximité, une approche holistique. Nous examinons ainsi les mécanismes administratifs de base que le gouvernement fédéral peut mettre en place pour appuyer cette approche. Voilà ce sur quoi Santé Canada, l'Assemblée des Premières nations et ITK collaborons.

Mme Dickson : Je voudrais revenir sur le manque de cohésion interministérielle dont vous avez parlé dans votre question. Pendant que d'autres intervenaient, j'ai compté que nous transigeons avec six ministères ou services fédéraux différents toutes les semaines pour divers programmes, politiques et projets : Patrimoine canadien, Affaires indiennes et du Nord Canada, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à Santé Canada, Condition féminine Canada, Développement social Canada, l'organisme Résolution des questions des pensionnats indiens du Canada et l'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme. Nous traitons également avec deux fondations privées, la Fondation McConnell et la Fondation Lawson. Vous pouvez imaginer à quel point c'est compliqué étant donné qu'ils demandent tous des rapports et des propositions à des dates différentes et veulent des présentations, des tableaux, des modèles et des renseignements complètement différents, ce qui est exigeant pour nous. J'écrivais justement à un organisme dimanche après-midi, et l'un de mes frères qui était à la maison m'a demandé si j'étais actionnaire d'IBM parce que j'avais déjà 46 pages de texte sur le sujet. Je n'ai

Here is the sad part of it: It would be funny except that the issues we are working on are critical. Anyone who travels to the remote isolated communities will come back and say, "What are we doing?" Yet the national organization that represents the women — I cannot speak for the others, but I see you smiling in agreement — are treated as though we have done 10 things badly, and therefore we need to be watched because we might misappropriate funds or might not complete our undertakings.

This is not about transparency or accountability. Why not come in and do a comprehensive audit once, and then say that we seem to be squeaky clean over the last 20 years? Maybe then we can have a three-page report or a one-page report.

Let us say we are doing work on residential schools. We have put in a five-year proposal. We have finished the first year and completed a report. It is now time for second year. Do you think somebody would let us refer to that five-year proposal and see what it says about year two? No, we have to do another proposal about the year two thing with a whole bunch of reporting. It makes you crazy, not just because of quantity but also because of what it insinuates about the integrity and capacity of the people we are serving. It is unacceptable on the integrity side.

That is what I wanted to say. On the government departmental project manager side — the people with whom we actually deal, as opposed to who else is senior to them who make the policies — they are as frustrated as we are. All those with whom we deal tear out their hair and are so sorry and apologetic. They try to be helpful, but they refer to their finance department, Treasury Board, God or someone, I do not know who.

Last week, and this is the good news, Treasury Board held a week-long meeting that several of us were able to attend for three or four hours. Their objective was to try to figure it out. They had all the departments there. They will do what they call lateral management where they will try to develop a template that everyone could share. I could attend for only a short while, but my financial officer attended some of it, as did Ms. Randell's. Is it discretionary or mandatory when the Treasury Board makes up the new template and the departments participate? They look sheepishly at each other and say it will be discretionary.

There is another week spent. It is onerous and probably consumes 30 per cent of my time. It is not a productive use of our abilities at all.

The Chairman: It is too bad that the written word does not reflect the frustration that is so obvious. Thank you very much.

Senator Gill: I will express myself in French.

[Translation]

I want to thank everyone who made a presentation as well as everyone who contributed to this meeting. You have accomplished a tremendous amount of work. I agree with almost everything that has been said. The suggestions are very realistic and the solutions advanced are geared to people's needs.

toujours pas présenté le document parce que je n'ai pas encore fini. Ce qui est triste, c'est que les problèmes dont nous traitons sont graves. Tous ceux qui se rendent dans les localités éloignées se demandent ce que nous faisons. Pourtant, l'organisme national qui représente les femmes — je ne peux pas parler des autres, mais je vois votre sourire d'approbation — nous surveille comme si nous avions commis des tas de fautes, parce que nous pourrions détourner des fonds ou ne pas respecter nos engagements.

Ce n'est pas une question de transparence ou de responsabilité. Pourquoi ne pas venir effectuer une vérification exhaustive et, ensuite, s'il semble que nos activités sont irréprochables depuis 20 ans, nous pourrions peut-être alors produire un rapport de trois pages ou d'une page?

Disons que nous travaillons sur les pensionnats et que nous présentons une proposition quinquennale. Après la première année, nous produisons un rapport. La deuxième année, pensez-vous qu'on va nous permettre de nous reporter à ce qui figure dans la proposition quinquennale à propos de l'an deux? Non, nous devons présenter une autre proposition avec toute une série de rapports. C'est à devenir fou à cause, non seulement de la somme de travail que cela exige, mais de ce que cela laisse entendre à propos de l'intégrité et de la capacité des gens que nous servons. C'est inacceptable sur le plan de l'intégrité.

Voilà ce que je tenais à dire. Les gestionnaires de projets des ministères — avec qui nous faisons vraiment affaire, et non leurs supérieurs qui élaborent les politiques — sont aussi frustrés que nous. Tous ceux avec qui nous négocions s'arrachent les cheveux et se confondent en excuses. Ils essaient de nous aider, mais ils relèvent de leur service des finances, du Conseil du Trésor, de Dieu ou quelqu'un d'autre, je ne sais pas.

La bonne nouvelle, c'est que, la semaine dernière, le Conseil du Trésor a organisé une conférence d'une semaine, et plusieurs d'entre nous ont pu y assister pendant quelques heures. L'objectif était d'essayer de comprendre. Tous les ministères étaient réunis. Ils vont essayer d'établir une formule de gestion que tout le monde pourrait adopter. Je n'ai participé à la rencontre que très brièvement mais mon agent des finances y est resté un certain temps, tout comme Mme Randell. Le Conseil du Trésor va-t-il rendre la nouvelle formule facultative ou obligatoire pour les ministères? Ils ont répondu timidement que ce serait facultatif.

C'est une autre semaine de passée. C'est exigeant et je n'y consacre probablement pas loin du tiers de mon temps. Ce n'est pas productif.

Le président : Il est dommage que les écrits ne fassent pas ressortir la frustration qui est si évidente. Merci beaucoup.

Le sénateur Gill : J'ai un commentaire à faire.

[Français]

J'aimerais remercier toutes les personnes qui ont fait des présentations ainsi que tous ceux et celles qui ont contribué à cette séance. Vous avez accompli un travail considérable. Je suis d'accord avec presque tout ce que vous avez dit. C'est tout à fait réaliste et cela représente des solutions qui sont adaptées aux

I began my public life in 1956 and I have been hearing about these problems and witnessing them first-hand for 49 because I go back to my reserve in the Lac Saint-Jean area every weekend.

I would like to thank senators for taking the time to examine the issues of mental health and drug addiction. The task was not an easy one. More specifically, I want to thank the Chairman for organizing cross-country roundtables. The role of a committee such as this one is to inform our colleagues and to make representations to the House of Commons.

The Committee chair decided to take the bull by the horns. He was the one who encouraged me to take part in these proceedings and who told me that any information gathered would be passed along to all levels of government and that concrete steps would be taken to address the problems brought to light in the course of discussions. If our upcoming report is well received by all First Nations, the Inuit and others, and our findings challenged by our peers in government, that will be taken as a good sign. It is not easy to initiate reform in this area, but reform is critically important in we are to foster harmony in the nation and ensure that aboriginals feel included and are able to lead full lives in a country that belongs to them as well.

Information on this subject is sorely lacking. Is our government aware of this fact? It should come as no surprise that there are no fast solutions. We have failed to resolve aboriginal problems in this country. The history of this people is well known. Things went wrong from the beginning. We need to work on integrating services. Various departments at both the federal and provincial levels have proposed various solutions.

When I was with Indian Affairs, I heard the same thing over and over: the aboriginal question comes under federal jurisdiction. Education, on the other hand, is a provincial responsibility. How do we reconcile these two realities? Health care is a provincial responsibility. That issue needs to be clarified. In the late 1930s, the Supreme Court ruled on the question of jurisdiction over the Inuit, as each level of government was seeking governance rights. Provincial governments were very interested, but were they really interested in the Inuit, or more in the natural resources on aboriginal land?

Aboriginal groups have made numerous representations on the issue of governance. Some measure of success has been achieved by communities, band councils and the Inuit through treaties. The same holds true for education. Substantial progress has been made, but today, according to comments from various sources, problems persist. Criticism has been leveled against certain band councils and unfortunately, some generalizations have been made. In these particular instances, mismanagement has plagued the bands and the education process. The message that is being conveyed is that placing one's trust in aboriginal peoples does not always guarantee success.

besoins. J'ai commencé ma vie publique en 1956. Cela fait 49 ans maintenant que j'entends parler de ces problèmes dont je suis témoin régulièrement car je retourne dans ma réserve, au Lac Saint-Jean, toutes les fins de semaine.

J'aimerais remercier les sénateurs pour le temps qu'ils ont pris afin d'étudier la question de la santé mentale et de la toxicomanie. Ce ne fut pas une tâche facile. J'aimerais plus particulièrement remercier le président pour l'organisation de ces tables rondes à travers le pays. Le rôle d'un comité comme celui-ci est d'informer nos collègues et de faire des représentations auprès de la Chambre des communes.

Le président du comité a décidé de prendre le taureau par les cornes. C'est lui qui m'a encouragé à participer à ce comité en me disant que les informations recueillies seraient transmises à tous les paliers de gouvernement et que des mesures concrètes seraient prises pour combler les lacunes exposées lors des discussions. Si le rapport que nous présentons est applaudi par l'ensemble des Premières nations, Inuits et autres, et contesté par nos pairs au gouvernement, ce sera bon signe. Ce sera peut-être un barème à utiliser. Une réforme sur cette question n'est pas facile, mais elle sera primordiale pour favoriser l'harmonie dans le pays et contribuer à ce que les Autochtones se sentent inclus et puissent vivre convenablement dans un pays qui leur appartient aussi.

Il existe sur le sujet un manque flagrant d'information. Nos gouvernements sont-ils conscients ou non de ce manque? Il ne faut pas se surprendre si les solutions se font attendre. On n'a pas réussi à régler la situation autochtone au pays. Vous connaissez l'histoire; cela a mal commencé. Il faut donc poursuivre l'intégration des services. On a connu beaucoup de diversifications : différents ministères, tant au fédéral qu'au provincial, offraient différentes solutions.

Alors que j'étais aux Affaires indiennes, on me répétait toujours la même chose : les Autochtones relèvent de la compétence fédérale. Cependant, lorsqu'il est question d'éducation, c'est de compétence provinciale dont on parle. Comment pouvons-nous concilier les deux? La santé est de compétence provinciale! Il faut clarifier cela. C'est la Cour suprême, à la fin des années 1930, qui a tranché la question de la détermination de la compétence pour les Inuits, car chaque palier de gouvernement revendiquait son droit de gestion. Le provincial était très intéressé, mais était-ce pour les Inuits eux-mêmes ou pour les ressources naturelles que recelaient leurs territoires?

Il y a eu beaucoup de représentations du côté autochtone concernant la prise en charge, l'autonomie. On a réussi jusqu'à un certain point du côté des communautés, des conseils de bande et des Inuits, à travers des ententes. Même chose pour l'éducation. On a fait un bout de chemin, mais aujourd'hui, cela ne fonctionne pas toujours bien, selon les commentaires rapportés un peu partout. Des accusations sont portées contre certains conseils de bande et, malheureusement, on généralise. Dans ces cas particuliers, il y a une mauvaise gestion quant aux conseils et à l'éducation. On envoie ainsi le message que lorsque l'on fait confiance aux Autochtones, il ne faut pas toujours s'attendre à une réussite.

If we recommend in our report that responsibility for managing services be assigned to aboriginals, we run the risk of hearing the same response given on the question of education and governance, namely that this might not be the right solution in light of past failures.

Currently, Indian Affairs retains complete control over education and governance. The department endlessly demands reports. Therefore, it is incorrect to state that responsibility rests in the hands of First Nations.

We need to do more than just turn management of companies over to aboriginals. We need to give them full control, working through departments. Laws adopted by Parliament must not fall into the hands of public servants, not because public servants are bad, but because their job is to control. If we do not follow through on our actions, we will end up in the same boat again.

[English]

The Chairman: Would anyone like to pick up on any of those points?

Mr. Atleo: Senator Gill, I appreciate your intervention, especially around the notion of where the control really lies. I was thinking, as I was listening to the outstanding presentations, that the committee would probably do well to hand over the management of this whole issue to the presenters here, and maybe we can add that to the list of recommendations because the theme has been consistent.

It strikes me that if we had one of the elders from my community here, they would say in my language — [speaks in native language]. There is a process in our history on the West Coast — [speaks in native language] — and a literal translation of it is, “facing up to the reality and sweeping away the badness.”

That is the exercise that is reflected in the presentations. It is about coming together and asking: Is the understanding out there? Maybe it is not. Is education required? I believe so. My 16-year old daughter has, for the first time in our school system, a First Nations study book which is relevant and up to date.

I talked to three different deputies from three different departments over the last week about the housing situation to which I referred earlier. Morris Rosenberg from Health Canada came to visit my village. During his visit, we saw a boat coming out of the mist just offshore. I explained to Mr. Rosenberg that when I was young I used to go out all the time with my father — all of us did. The water was teeming with boats. I talked about whaling and the role it played in my community. I talked about governance, well-being and caring for the people and the territories. We have been disconnected from those responsibilities. There has been a disconnect from the responsibility and authority that comes with my name. “A-in-chut” means to provide for the people. We have to find new ways to go out and get the whale, so to speak, to provide for the people. There needs to be a reconnection made. Mr. Rosenberg understood what I was trying to say about

Si notre rapport préconise de donner la responsabilité de la gestion des services aux Autochtones, on risque d’entendre la même réponse qu’on a reçue quant à l’éducation et la gouvernance, à savoir qu’il n’est pas si sûr que ce soit la bonne formule, car ce ne fut pas un succès dans le passé.

A l’heure actuelle, dans le domaine de l’éducation et de la gouvernance, c’est encore le ministère des Affaires indiennes qui détient le contrôle complet. Les rapports qu’il exige n’en finissent plus. Il est donc aussi faux de dire que la responsabilité appartient aux Premières nations.

Il faut aller plus loin que laisser la gestion de simples corporations aux Autochtones, il faut leur donner un contrôle à partir des ministères. Il ne faut pas que les lois votées au Parlement tombent ensuite entre les mains des fonctionnaires, non pas que les fonctionnaires sont mauvais, mais leur rôle consiste à contrôler. Si on ne poursuit pas notre action, on retombera dans le même pétrin.

[Traduction]

Le président : Quelqu’un aimerait revenir sur l’un ou l’autre de ces propos?

M. Atleo : Sénateur Gill, vos observations sont pertinentes, surtout celles sur qui a le contrôle. Je me disais, en écoutant les autres remarquables exposés, que le comité devrait peut-être confier la gestion de toute cette question aux invités d’aujourd’hui, et nous pouvons peut-être ajouter cela à la liste des recommandations parce que c’est un thème qui revient.

Si un des aînés de ma communauté se trouvait ici aujourd’hui, il dirait : [le témoin s’exprime dans une langue autochtone]. C’est une pratique traditionnelle pour nous sur la côte ouest, que je traduirais littéralement par « faire face à la réalité et éliminer les problèmes ».

C’est ce que les exposés font ressortir. Il faut se demander si on comprend la situation. Peut-être pas. Je crois que l’éducation est importante. C’est la première fois que ma fille de seize ans a un manuel scolaire sur les Premières nations qui est pertinent et à jour.

La semaine dernière, j’ai discuté de la situation du logement, dont j’ai parlé plus tôt, avec trois sous-ministres de trois ministères différents. Morris Rosenberg de Santé Canada est venu visiter mon village. Nous avons vu ensemble un bateau sortir de la brume près du rivage. J’ai expliqué à M. Rosenberg que, quand j’étais jeune, je partais très souvent en bateau avec mon père, comme tous mes concitoyens. Il y avait beaucoup de bateaux sur l’eau. J’ai parlé de la pêche à la baleine et du rôle qu’elle jouait pour les membres de ma communauté. J’ai parlé de la gouvernance, du bien-être et de l’intérêt à porter aux gens et à la terre. Nous n’avons plus de lien avec ces responsabilités. Il y a eu rupture avec la responsabilité et le pouvoir que mon nom confère. En effet, « A-in-chut » veut dire aider les gens. Nous devons trouver de nouveaux moyens de pêcher la baleine en quelque sorte, pour aider les gens. Il faut rétablir le lien. M. Rosenberg a compris ce que j’essayais de dire au sujet de la

fishing. We are involved in a fisheries litigation case. After 10 years of unsuccessful negotiations to pursue a role in the fisheries, we only have three licences left in Ahousaht, which is a community of 900 people.

I referred earlier to the number of suicide attempts that were made over the course of the first six months of this year in my village. That was the same time that Canada came out with a statement of defence against our fisheries litigation case in which it stated as an opening defence that Nuu-chah-nulth people do not exist.

Juxtaposed with the good centre of government political will that we are hearing from the Prime Minister and the Premier of British Columbia we still have the on-the-ground work that continues to reflect the history of denial and extinguishment. That is the challenge. If one of my elders were here there would be so much that would not be understood. However, the exercise is the same. It is facing up to reality. It is having that long-term perspective. It is bringing the right people together. It is not being afraid to make bold decisions and choices.

As we have this conversation, which is really important, I wish also to ask: How is it that the work of this committee intersects with the Prime Minister's bold pursuit of transformational change to overcome the shameful conditions that others have referred to in the communities?

The Chairman: I will comment on that issue. This committee undertook this work after we finished our previous health care study. Thanks to the Supreme Court of Canada, and other decisions by provincial governments, the vast majority of recommendations in that study have been put into place. We were working on this issue before the present Prime Minister became prime minister. We started this study some time ago.

Inevitably, as to the results of this issue, I will endeavour to ensure that where we stand on that issue is understood by the Minister of Health and the Prime Minister prior to the First Ministers Meeting. What they decide to do with it is obviously up to them. I will ensure that they know where we stand, as a committee.

In our previous report we stated that we did not agree with the Romanow philosophy of simply throwing money at the problem. We suggested that we actually try to make change on the ground, something for which we were soundly criticized by all kinds of people including, in my case, members of my own party. The reality is that the consensus now in the health care field is that we actually faced up to reality and tried to come up with some practical solutions. We will do the same thing here. We will also be criticized here. We understand that. Our challenge here is to try to make progress; it is not to be popular. That is why I was encouraged by the consistency of the comments made around the table. That makes it much easier for us to come to a conclusion.

The other interesting thing is that this committee has never had a non-unanimous report. There is no partisanship here. You could not tell from anyone asking questions to which party they belong. That is not an issue for this committee at all.

pêche. Nous avons un litige en matière de pêche. Après dix ans de négociations infructueuses en vue de jouer un rôle dans le domaine des pêches, il n'y a plus que trois licences dans le village d'Ahousaht, qui compte 900 habitants.

Je vous ai parlé tout à l'heure du nombre de tentatives de suicide dans mon village au cours des six premiers mois de l'année. Au même moment, le Canada exposait sa défense dans le litige qui nous oppose à lui et faisait valoir que le peuple Nuu-chah-nulth n'existe pas.

S'il y a une la volonté politique de la part du premier ministre du Canada et de celui de la Colombie-Britannique, sur le terrain, on continue comme par le passé de nous rejeter et de chercher à nous faire disparaître. C'est un problème. Si un des aînés de ma communauté était ici, il y aurait tellement d'incompréhension. Cependant, c'est encore la même chose. Il faut faire face à la réalité, adopter une perspective à long terme, réunir les bonnes personnes. Il ne faut pas avoir peur de prendre des décisions courageuses et de faire des choix difficiles.

Cette discussion est vraiment importante et elle m'amène à me demander quel lien il existe entre le travail de votre comité et l'intention louable du premier ministre de changer les choses pour corriger les conditions déplorables que d'autres ont observées dans les communautés.

Le président : Je vais vous répondre. Notre comité a entrepris ces travaux une fois terminée notre étude sur les soins de santé. Grâce à la Cour suprême du Canada, et à d'autres décisions prises par les gouvernements provinciaux, la grande majorité des recommandations formulées dans cette étude ont été prises en compte. Nous avons commencé à examiner la question avant que l'actuel premier ministre soit en poste, il y a un certain temps déjà.

Pour ce qui est des résultats sur le sujet, je vais m'assurer que le ministre de la santé et le premier ministre connaissent notre point de vue avant la conférence des premiers ministres. Il leur appartiendra de décider quoi faire, mais je vais veiller à ce qu'ils sachent ce que le comité pense.

Dans un précédent rapport, nous avons indiqué ne pas approuver les principes énoncés par la commission Romanow qui voulait jeter l'argent par les fenêtres pour essayer de régler le problème. Nous avons proposé d'essayer de faire des changements sur le terrain, ce pour quoi nous avons été sévèrement critiqués par toutes sortes de gens y compris des membres de mon parti. Il reste qu'on s'entend maintenant dans le domaine de santé pour faire face à la réalité et essayer de trouver des solutions pratiques. Nous allons faire la même chose dans ce cas-ci. On va nous critiquer. Nous le savons. Notre objectif est d'essayer de faire avancer les choses, pas d'être populaires. Je suis heureux de constater la cohérence des propos entendus autour de la table. Les conclusions seront plus faciles à tirer pour nous.

Autre fait intéressant, c'est que le comité n'a jamais produit de rapport qui n'était pas unanime. Il n'y a pas de partisanerie entre nous. Vous ne pouvez pas dire à quel parti appartiennent ceux qui posent les questions. Ce n'est pas un problème pour notre comité.

Ms. Valaskakis: I would like to follow up on what Senator Gill has said. We have appreciated his work over the course of the last 40 years.

In academic support of the points that have been made in relation to control and culture, there is the work that is so important that I mentioned before but which I will mention again. I refer to the work of Michael Chandler, a professor at the University of British Columbia and Christopher Lalonde, a professor at the University of Victoria. In relation to suicide, they asked: What is happening in communities where there are no suicides? They have now done 30 years of empirical research looking at the statistics on this subject. They found that in communities with no suicides, something which has been consistent over time, is a tremendously high level of control. That translates into a cultural continuity over a period of time. Their premise is that you cannot envision a future if you do not have a past. That past is essential. It is envisioned and acted out in things like control over your education system and involvement in your treaty process, land claims and Aboriginal rights. It is found in control over systems of policing, health, housing and participation in your community.

That is critical work. They are now extending it in Manitoba and, hopefully, in Inuit country. We will see if the same thing holds. Their work says that we cannot forget that this is the critical factor and may be an answer to the problem and the issue of suicide, which is plaguing Aboriginal communities right across the country.

Senator Keon: First, I would like to thank all the presenters. It was tremendously interesting to listen to you. Over the last couple of years, this has been a tremendously interesting education on this whole subject. The more I learn about it, the more embarrassed I am to be a non-Aboriginal Canadian because I think the situation is abysmal.

Having said that, we cannot leave it at that. We have to try to assist you, in some way, to change the situation. Chief Atleo, I was interested in your presentation. I thought it was superb. You have such a tremendous understanding of the situation.

I had the great privilege of being in Iqaluit when a whale came into the bay. I watched the residents of Iqaluit descend on the bay with all their individual containers. The whale was divided within a matter of an hour or two. It really was quite a sight to see.

I do not know to whom I should address my first question. I will ask Ms. Dickson because she has a framework that we may be able to include in our recommendations to assist all of you to develop a framework that has indeed worked in our country. In some ways, the Aboriginal situation is a microcosm of Canada itself. Our country is vast and has a small population with many different community needs. When we try to organize centrally and create a top-down administration, we kill local initiatives and do not fulfill the needs of communities. Although I do not understand the situation as fully as you, I believe that it is a question of how you can be assisted to come together to share information and resources while preserving your community and local Aboriginal autonomies.

Mme Valaskakis : J'aimerais revenir sur ce que le sénateur Gill a dit. Nous le remercions du travail qu'il a accompli au cours des 40 dernières années.

J'en ai déjà parlé, mais j'aimerais rappeler que les travaux de Michael Chandler, qui est professeur à l'Université de la Colombie-Britannique, et Christopher Lalonde, qui enseigne à l'Université de Victoria, viennent confirmer les observations faites au sujet du contrôle et de la culture. À propos du suicide, ils se sont demandé ce qui se passe dans les communautés où il n'y a pas de suicide. Ils ont recueilli des données empiriques sur la question pendant 30 ans pour constater que les communautés où il n'y a pas de suicide depuis longtemps exercent énormément de contrôle, ce qui entraîne une continuité sur le plan culturel. D'après leur hypothèse, on ne peut pas envisager l'avenir sans avoir de passé. Ce passé est essentiel. C'est ce qui se vérifie quand on a, par exemple, une influence sur le système d'enseignement ainsi que sur les négociations de traités, de revendications territoriales et de droits autochtones, tout comme quand on a un droit de regard sur les services de police, de santé et de logement et qu'on peut s'engager dans son milieu.

C'est une étude déterminante qu'on veut maintenant effectuer au Manitoba et, si tout va bien, chez les Inuits. On verra si les mêmes résultats se confirment. Leurs travaux montrent qu'on ne peut oublier que c'est un facteur important qui peut expliquer le problème de suicide qui frappe les communautés autochtones de tout le pays.

Le sénateur Keon : J'aimerais d'abord remercier tous les témoins. Vous nous avez présenté des exposés très intéressants. Nous avons énormément appris sur ce sujet depuis quelques années, et plus j'en apprendis là-dessus, plus je suis gêné d'être un non-Autochtone parce que je constate que la situation est dramatique.

Cela dit, nous ne pouvons pas en rester là. Nous devons essayer de vous aider, d'une certaine façon, à changer les choses. Chef Atleo, j'ai bien aimé votre exposé. Je l'ai trouvé très intéressant. Vous comprenez tellement bien la situation.

J'ai eu le grand privilège de me trouver à Iqaluit au moment de l'arrivée d'une baleine. J'ai vu les habitants de la ville descendre dans la baie avec leurs contenants. En l'espace d'une heure ou deux, ils avaient tous leur part de baleine. C'était vraiment impressionnant à voir.

Je ne sais pas à qui adresser ma première question. Je vais la poser à Mme Dickson parce qu'elle a un plan qui pourrait figurer dans nos recommandations en vue de vous aider à établir un cadre comme celui qui a fonctionné ailleurs au Canada. À certains égards, la situation des Autochtones peut se comparer à celle du Canada. Notre pays est vaste et peu peuplé et les besoins varient beaucoup d'une région à l'autre. Quand on essaie de centraliser et d'imposer des décisions, on freine les initiatives locales et on ne répond pas aux besoins des gens. Je ne comprends pas la situation aussi bien que vous, mais je crois qu'il faut vous aider à échanger les informations et les ressources tout en préservant l'autonomie de chacun.

Ms. Dickson, I noted that your organization is for all Inuit. That is a tremendously interesting concept that should be supported and pursued. My admiration for women began when I was young in that I was the thirteenth child in our family and I was raised by a widowed mother from the age of six. She was a school teacher. Can you imagine a woman being left with so many children, all of whom received a university education? I have been struck by the initiatives coming from women throughout my life. Would it be a good idea to expand this tremendous initiative to include all Aboriginal peoples?

Ms. Dickson: I agree that as go the indigenous peoples, so goes the country, if that is what you mean by the term "microcosm." One could say that it is a microcosm of a global situation.

It is interesting that you would ask about expanding the mandate to include all Aboriginal women in Canada because I have been working hard to collaborate closely with the Native Women's Association of Canada, NWAC, who, unfortunately, could not be here today. I speak to this for the first time: Last Thursday and Friday, their annual general meeting unanimously passed a draft of a partnership agreement that we will sign in a ceremony at our annual general meeting. It speaks to how the two organizations will work closely to benefit the women in our mutual communities. Having said that, I do not know if it should go as far as amalgamation into one organization. Inuit are as different from First Nations as Japanese are from Chinese: not just culturally, linguistically and geographically but racially, historically and in terms of sensibility. Although good collaboration could happen, there are many things about the Inuit in the North of Canada that are more in common with other highly northern communities around the circumpolar region than with others. However, that does not mean they should not unite; I think the women of the globe should unite. It is time we took over because we could not do any worse than the men have done. For example, just look at what has been happening in Louisiana.

There are many things in common and we have found that close collaboration is possible without either amalgamation or a kind of hierarchy being set up. We are able to come together on issues of mutual interest and not of interest elsewhere. For example, we have a long, strong history on abuse issues, such as the events at that pig farm outside Vancouver. In the wake of that, a program called Sisters in Spirit was initiated by the NWAC and we are partnering in it. We can bring the practical, on-the-ground, how-to-make-it-happen advice and they can bring the broad, cross-national and southern sensibilities to the program. As well, the funding came about after NWAC approached the federal government. Furthermore, NWAC is able to speak on many issues on our behalf for reasons that are arcane and somewhat beyond me. The federal government has yet to recognize Pauktuutit as a "national Aboriginal organization," of which there are six in Canada. Five are recognized but we, the sixth, are not recognized. What part of "national" or "Aboriginal" or "organization" are we not? We receive many

Madame Dickson, j'ai remarqué que votre organisation s'adresse à tous les Inuits. C'est un concept très intéressant qu'il faut appuyer. J'admire les femmes depuis que je suis jeune parce que je suis le 13^e enfant de ma famille et que ma mère s'est retrouvée veuve alors que j'avais six ans. Elle était enseignante. Pouvez-vous imaginer une femme toute seule avec autant d'enfants, qui ont tous fait des études universitaires? Toute ma vie j'ai été impressionné par ce que font les femmes. Est-ce que ce serait une bonne idée d'étendre cette formidable initiative à l'ensemble des Autochtones?

Mme Dickson : Je suis d'accord avec vous pour dire que la situation des Autochtones se compare à celle de l'ensemble du pays, si c'est ce que vous voulez dire. Leur situation pourrait se comparer à la situation dans le monde entier.

C'est intéressant que vous demandiez d'étendre nos activités à l'ensemble des femmes autochtones du Canada parce que je cherche activement à collaborer plus étroitement avec l'Association des femmes autochtones du Canada qui, malheureusement, ne pouvait pas être représentée ici aujourd'hui. J'annonce en primeur qu'à son assemblée générale annuelle de jeudi et vendredi derniers, l'Association a adopté à l'unanimité l'ébauche d'une entente de partenariat que nous allons signer au cours d'une cérémonie à notre assemblée générale annuelle. L'entente prévoit que nos deux organismes vont travailler en étroite collaboration pour servir les femmes de nos communautés. Cela dit, je ne sais pas s'il faudrait fusionner les deux groupes en un seul. Les Inuits sont aussi différents des Premières nations que les Japonais le sont des Chinois, et cela pas seulement sur le plan culturel, linguistique et géographique, mais aussi sur le plan racial, historique et de la sensibilité. Une collaboration fructueuse est possible mais, à bien des égards, les Inuits du nord du Canada ont plus d'affinités avec d'autres populations nordiques de la région circumpolaire. Ce qui ne veut toutefois pas dire qu'elles ne devraient pas unir leurs efforts; je pense que toutes les femmes du monde devraient s'unir. Il est temps que nous le fassions, parce que nous ne pouvons pas faire pire que les hommes. Pensons, par exemple, à ce qui se passe en Louisiane.

Nous avons beaucoup de points en commun et nous estimons que la collaboration est possible sans avoir à fusionner ou à établir une hiérarchie. Nous pouvons collaborer sur des questions d'intérêt commun. Par exemple, nous connaissons depuis longtemps des problèmes de violence, comme les incidents survenus à l'exploitation porcine près de Vancouver. À la suite de ce drame, le programme « Soeurs d'esprit » a été créé par l'AFAC et nous en sommes partenaires. De notre côté, nous pouvons fournir des conseils pratiques, concrets et efficaces et, de son côté, l'Association peut apporter le point de vue des gens du Sud, un point de vue plus général et national. Le financement a été obtenu après que l'AFAC eut pressenti le gouvernement fédéral. De plus, l'AFAC est capable de discuter de bien des questions en notre nom pour des raisons obscures qui m'échappent. Le gouvernement fédéral n'a pas encore reconnu l'Association Pauktuutit comme l'un des six organismes autochtones national au Canada. Il y en a cinq qui sont reconnus, mais pas le nôtre. En quoi ne sommes-nous pas un

strange answers on an issue-by-issue basis but the bottom line is that someone thinks there is a pie with five slices and if they have to make six slices then everyone receives less, which is not true. Most of our efforts involve policy work, and more people at the table could broaden the base of support and not do the contrary. We are often excluded or deliberately marginalized from policy tables across the country. NWAC sometimes carries our flag for us when discussions are specifically geared to women's perspective.

I will emphasize the other point you made about your mother raising six children. By the way, my mother also raised six children and she is still at it. Women do not necessarily bring women's issues to the table. Rather, women bring a women-specific take on all issues. I know that the women senators here are well aware of that, as most women are. However, it is amazing how often it has to be said. People will ask what Pauktuutit must be involved in: Is it breast cancer, midwifery, daycare and maybe some equity issues? We answer yes, all of the above, as well as nuclear waste management, environmental integrity, international affairs, traditional knowledge and intellectual property. Their eyes glaze over and they wonder what we are talking about. We must continue to say that this is not only about women's issues but also about women's takes on all issues.

In the North, Inuit women are amazingly wise and practical. Some things they say and do when franchised to do so, by which I mean empowered, are lessons to us all — nationally and globally. Does that help to answer your question sufficiently, senator?

Senator Keon: Yes, it does. Thank you.

Chief Atleo, tell us how you perceive the large, blanket networks. I am not talking about organizations with top-down administration, but of networks that can assist you in obtaining the needed resources in your community to deal with suicide and other issues. In my view, you cannot raise that kind of intellectual and health professional expertise in every little community. Therefore, the understanding has to be pervasive but the resources will have to be shared in some way. Would you expand on that comment?

Mr. Atleo: I will do my best. I want to support Ms. Dickson's comments as well, and that was part of my reason for supporting the delegation of the responsibility to this committee. It connects with your earlier question around collaboration. As I alluded to earlier, as A-in-chut, I have the responsibility to act in the jurisdiction that I was born into just as my grandfather was. We have the constitution that recognizes three distinct groups. We are in that transition phase of sorting out multi-jurisdictions and the concept of more than one sovereignty — a legal pluralism — as I mentioned earlier. In that respect, it is an exciting time.

I think I understand what you are asking. Part of what I believe to be possible, and I am hoping part of where we are headed in the near future, is a collaboration of retaining autonomy while

organisme national autochtone? Les réponses qu'on nous fournit à cette question sont bien étranges mais, essentiellement, on pense que nous pouvons enlever aux cinq autres organismes leur part du gâteau, ce qui n'est pas vrai. Nous nous intéressons surtout à l'élaboration de politiques, et la participation d'un plus grand nombre d'intervenants pourrait accroître les appuis et non les diminuer. Nous sommes souvent exclus ou délibérément marginalisés des tables de discussion du pays. L'AFAC défend parfois notre cause quand il est question plus précisément du point de vue des femmes.

J'aimerais revenir sur ce que vous avez dit à propos de votre mère. Au fait, ma mère aussi a élevé six enfants et elle n'a pas fini. Les femmes ne proposent pas nécessairement de discuter de questions féminines. Elles apportent plutôt un point de vue féminin sur tous les sujets d'intérêt. Je sais que les sénatrices le savent, comme la plupart des femmes en général. Cependant, il est étonnant qu'il faille le répéter. Les gens vont nous demander si notre association s'intéresse au cancer du sein, au métier de sage-femme, aux garderies et peut-être à certaines questions d'équité. Nous répondons que oui, nous nous intéressons à toutes ces questions, mais aussi à la gestion des déchets nucléaires, à l'intégrité environnementale, aux affaires internationales, au savoir traditionnel et à la propriété intellectuelle. Les gens sont surpris et se demandent de quoi nous parlons. Il faut répéter que les questions féminines nous intéressent, mais que nous voulons aussi exprimer le point de vue des femmes sur tous les sujets d'actualité.

Dans le Nord, les Inuites sont incroyablement sages et pratiques. Les idées qu'elles expriment quand elles le peuvent, c'est-à-dire quand elles en ont la possibilité, sont des leçons pour nous tous, sur le plan national et mondial. Ai-je bien répondu à votre question, monsieur le sénateur?

Le sénateur Keon : Oui. Merci.

Chef Atleo, expliquez-nous votre perception des grands réseaux d'ensemble. Je ne parle pas des organismes hiérarchisés, mais des réseaux qui peuvent vous aider à obtenir les ressources dont votre communauté a besoin pour s'attaquer au problème du suicide, par exemple. À mon avis, on ne peut pas avoir des connaissances spécialisées et médicales dans toutes les petites localités. Par conséquent, tout le monde doit comprendre, mais les ressources devront être partagées d'une certaine façon. Pourriez-vous nous en dire un peu plus là-dessus?

M. Atleo : Je vais essayer. Je suis d'accord avec Mme Dickson, et c'est en partie la raison pour laquelle j'appuie le travail du comité. C'est lié votre première question sur la collaboration. Comme je l'ai déjà dit, en tant qu'A-in-chut, j'ai la responsabilité d'exercer les pouvoirs conférés par ma naissance, comme mon grand-père. Notre constitution reconnaît trois groupes distincts. Nous sommes en voie de définir des compétences multiples et plus d'une souveraineté — un pluralisme juridique — comme je l'ai déjà dit. À cet égard, nous vivons des moments emballants.

Je crois comprendre ce que vous demandez. Je crois qu'il est possible — et j'espère que c'est ce que nous visons dans un proche avenir — de conserver notre autonomie tout en échangeant

sharing resources and information, and supporting one another in perhaps a framework developed within which communities can be provided the support to retain the autonomy to have the recognized jurisdiction. I know this is talking about a First Nations perspective over 600 communities. It is a challenge. In British Columbia, we have 32 language groups, each of which requires respect and support to be a community that flourishes with the retention of their languages and teachings. I may go out for my whale soon. It would be a huge controversy in the middle of Clayoquot Sound. The way of our ancestors is to face up to the reality of controversy. I am concerned for the safety of my people, but I do not want to have anything misunderstood about the importance of what was observed on the beach in bringing in the whale, to the health and well-being of a people. Just the dietary part is critical. That is an exercise of jurisdiction that currently we are trying to work out through negotiations. I mentioned the fishing issue. The fishing and the whale are inextricably linked in terms of an example for my home territory.

In my province of British Columbia, for the first time in 30 years, the three First Nations provincial political organizations came together this spring to sign a leadership accord. That had not happened before. The reason is fairly simple: Over the last 30 years, we had diverse approaches to the pursuit of the expression of self-government. You can call it a spectrum, from pursuing outright sovereignty and nation-state status to one elder standing up and saying, "We should declare war and declare bankruptcy, build cars and apply for foreign aid. That is how we should pursue expression of self-government."

We now have a national chiefs approach of constructive engagement without losing sight of the overall objective, and that respects what my late grandfather left for me. We are required to find a way to give expression to governance, but there are 32 different terms for it in British Columbia, and over 60 expressions of governance across Canada. We have the words of the Prime Minister: The inherent right of indigenous peoples of this country are already there and do not have to be proved in a court of law. It is a great statement that I alluded to earlier. The realities are quite different on the ground right now. We have multiple jurisdictions. Ms. Gideon gave an excellent synopsis of the funding scenario that my community faced. I was doing everything in my role as regional chief to support the extreme lack of capacity.

I am sure that Ms. Gideon was involved as well in supporting some interim crisis. To come full circle, I believe that the establishment of frameworks that can support the expression of autonomy and jurisdiction and authority of First Nations has to be looked at.

I believe personally very strongly that we must realize the reality that there are organizations out there that have acquired the skill, expertise and ability to address issues, whether they are for women or whether they are in the urban setting. More and more, from the Assembly of First Nations and from my role as B.C. regional chief, I am anxious to get to work on ensuring that we have close working relationships, for example, with urban

ressources et informations et de nous entraider dans un cadre permettant à tous d'exercer les pouvoirs reconnus. Je sais bien que je parle de plus de 600 communautés des Premières nations. C'est un défi. En Colombie-Britannique, il y a 32 groupes linguistiques qui veulent conserver leur langue et leurs enseignements dans le respect et avec du soutien. Je vais bientôt partir à la chasse à la baleine. Il y aura énormément de controverse dans la baie Clayoquot. Nos ancêtres sont habitués à faire face à la controverse. La sécurité de mon peuple me préoccupe, mais je ne veux surtout pas qu'on se trompe sur l'importance de la baleine pour notre santé et notre bien-être, ne serait-ce que sur le plan alimentaire. Nous essayons d'exercer nos compétences par la voie de la négociation. J'ai parlé du problème de pêche. La pêche et la baleine sont intimement liées dans mon milieu.

En Colombie-Britannique, pour la première fois depuis 30 ans, les trois organismes politiques des Premières nations ont signé un accord sur le leadership ce printemps. On ne l'avait jamais fait avant tout simplement parce que, pendant 30 ans, notre façon d'envisager l'autonomie gouvernementale était différente. Certains revendiquaient la souveraineté absolue et le statut de nation et d'autres voulaient pouvoir déclarer la guerre, déclarer faillite, construire des voitures et demander de l'aide étrangère. C'était leur idée de l'autonomie gouvernementale.

Les chefs nationaux ont maintenant pris un engagement constructif sans perdre de vue l'objectif général, ce qui respecte l'héritage que m'a laissé mon grand-père. Nous devons trouver une façon d'exprimer la gouvernance, qui se dit de 32 façons différentes en Colombie-Britannique et de 60 façons différentes dans l'ensemble du pays. Nous avons l'engagement du premier ministre que le droit inhérent des peuples autochtones du Canada existe déjà et n'a pas à être établi par les tribunaux. C'est une déclaration importante dont j'ai parlé plus tôt. La réalité est bien différente sur le terrain actuellement. Il y a de multiples sphères de compétence. Mme Gideon a bien montré la situation du financement pour les Autochtones. Je fais tout ce que je peux, en tant que chef régional, pour palier cet important handicap.

Je suis sûr que Mme Gideon a contribué à régler des crises internes. Pour boucler la boucle, je crois qu'il faut songer à établir des cadres qui peuvent favoriser l'autonomie et le pouvoir des Premières nations.

Je crois vraiment qu'il faut admettre qu'il y a des organismes qui possèdent les compétences et les capacités pour régler les problèmes, autant à l'égard des femmes qu'en milieu urbain. Que ce soit au sein de l'Assemblée des Premières nations ou en tant que chef régional de la Colombie-Britannique, je suis impatient d'établir les liens étroits avec, par exemple, des organismes autochtones en milieu urbain pour offrir de meilleurs services de

Aboriginal organizations so that we can have a much more comprehensive response to things like health service delivery. Just because my people have left the reserve, I still have a responsibility to my people. That does not disappear because of the reserve boundaries.

Senator Cook: I think it is time for a story. Ms. Dickson prompted me to tell it. Many years ago, I was at a United Church conference. The theme of the conference was "Mending the World." The question was: Who will mend the world? In our group was an Ojibway leader by the name of Art Solomon. We all put our answers on the table except him. He said he would need to think about it and would give us his answer in the morning. In the morning, he said this: It will be the women, because they broke it in the first place. I am a little like Art Solomon. I will need to think about all the things you have said to me today. If you could follow my observations and comment on how I have to understand what you have said, that will help me.

The first word I wrote on my pad was "jurisdiction." I then wrote "needs" and then "integration and how we get there." From my perspective, the South has come to the North, in all its complexity. We have to make our way there, as Ms. Dickson says on the last page of her presentation, "to build strong communities" if we believe that people have a right to live wherever they wish. How do we do that?

From a government department perspective, the Library of Parliament provided me with a little document that talks about public social community housing and addiction. The federal department agencies are there and, in fairness, Health Canada, public health and Canadian Heritage, whatever, are in housing. However, when I go over to "addiction," I only see two departments. One is Health Canada, and the other is Correctional Services of Canada. I am left wondering about the mandates of the various government identities and the fragmentation that ensues when looking after the people of the North to build a strong and vibrant community, and their right to live where they are.

My mind then takes me then to my home of Newfoundland, where nurses go to the North to take care of people and where teachers go to the North to educate the next generation. I believe the children will be the North of tomorrow. I am wondering what programs are in place for those people to make them culturally sensitive. I suspect that if we look, there is not much there. I spoke with a teacher the other day. She said, "I am going to Iqaluit." I said, "Why?" She said, "The money is good." I am sure she is a good teacher, and I am sure she will do good work, but that was the first piece that I heard. She is paid by the federal purse.

I look at a fragmentation from a monetary perspective. When we had that awful problem at Davis Inlet, an infusion of federal money came to the provinces to look after that program. Those children went back home without any support. I, as an individual, as a Canadian like them, do not know what happened to them. I see a gap in the service. I can only talk about what I know and where I live. The community of Davis Inlet was relocated at an

santé. Je reste toujours responsable de ceux qui ont quitté la réserve. Mes responsabilités dépassent les limites de la réserve.

Le sénateur Cook : Je vais vous raconter une histoire. Mme Dickson tient à ce que je le fasse. Il y a bien des années, j'assistais à une conférence de l'Église unie au cours de laquelle on nous demandait qui allait guérir le monde. Un leader Ojibway du nom de Art Solomon faisait partie de mon groupe. Nous avons tous répondu à la question, sauf lui, qui a demandé d'attendre au lendemain pour le faire. Le lendemain matin, il a répondu que c'était la tâche des femmes, parce qu'elles étaient responsables de l'état du monde. Je suis un peu comme Art Solomon. Il va falloir que je réfléchisse à tout ce que vous avez dit aujourd'hui. Je vais vous faire part de mes observations pour que vous puissiez orienter ma réflexion.

Dans mes notes, je trouve d'abord le mot « compétence », puis « besoins » et enfin les mots « intégration et comment y parvenir ». J'ai l'impression que le Sud a rejoint le Nord dans toute sa complexité. Il faut le faire pour bâtir des communautés solides, comme le dit Mme Dickson dans son exposé, si nous pensons que les gens ont le droit de vivre où ils veulent. Comment y parvenir?

La Bibliothèque du Parlement m'a fourni un petit document sur le logement social et la toxicomanie. Divers services fédéraux, comme Santé Canada, la santé publique et Patrimoine canadien s'occupent du logement. Cependant, pour ce qui est de la toxicomanie, je ne vois que Santé Canada et les Services correctionnels. Je me demande si les mandats des divers organismes fédéraux sont compartimentés pour ce qui est d'aider les populations du Nord à bâtir une communauté solide et dynamique et de respecter leur droit de vivre où ils veulent.

Je pense alors à ma province d'origine, Terre-Neuve, où les infirmières et les enseignants vont dans le Nord pour soigner les gens et éduquer la jeune génération. Ce sont les enfants qui vont former le Nord de demain. Je me demande quels programmes existent pour sensibiliser les gens aux différences culturelles. Je crains qu'il n'y en ait pas beaucoup. J'ai parlé l'autre jour à une enseignante qui s'en allait travailler à Iqaluit. Quand je lui ai demandé pourquoi, elle m'a répondu qu'elle toucherait un bon salaire. Je suis certaine que c'est une bonne enseignante et qu'elle va faire du bon travail, mais c'est d'abord ce qu'elle m'a dit. Elle est payée avec des fonds fédéraux.

Je pense au fait de compartimenter les responsabilités d'un point de vue financier. À la suite des graves problèmes survenus à Davis Inlet, des fonds fédéraux ont été versés aux provinces pour le programme. Les enfants sont retournés chez eux sans soutien. Personnellement, en tant que Canadienne, je ne sais pas ce qui leur est arrivé. Je perçois des failles dans le service. Je peux seulement parler de ce que je connais et d'où je viens. La

awesome cost to the federal government. I am told that the conditions — the living conditions and the social and cultural well-being of those people — are no better now than before.

We are not doing something. We are at both ends of a spectrum, and there is something in between that we are missing. I am searching for that. Is it a partnership with the governance of the nation that is called Canada? Is it within the Department of Indian and Northern Affairs? Is it within Health Canada? At the end of the day, there has to be a partnership of two, between the people and those who would, of necessity, in part, control their destiny.

That is where my mind is with this. We have moved away so far, Mr. Chairman, from mental health issues. We have broadened the concepts this morning to the whole of what it is to live, and the challenge to live in the North — a harsh environment — and how to be your own person while living in a global village. That is the tension, is it not? That is the stress that we see here. There are too many agencies, too many people and too many organizations trying to look after the one thing.

Being a member of the United Church of Canada, I am familiar with the residential schools. Back in the 1980s, when the church struggled to understand its responsibility, and to put in programs and practices, the women were asked to raise \$1 million over a two-year period for the healing fund. Then in the early 1990s, we were blessed with Stan McKay, who was a Cree leader who helped us understand. We who lived in Newfoundland had no concept of the abuse in residential schools. We had to undertake a learning process before we could get into it.

I have not heard anything around the table about non-governmental organizations and aboriginal healing. From my perspective, there has been a great deal by that particular NGO. If you can comment on my remarks, it will help me understand when we draft our report.

Ms. Dickson: I cannot wait until the person who told you she was going to Iqaluit to teach because the money was good goes into the local Northern and tries to buy an orange. There is a reason the money is good.

I was thinking what a government or a society could do, rather than throwing in money and forcing a community to move itself from one place to another, which is very ill-conceived. That is one end of the spectrum. The other, which we have all mentioned today, is the short-term project type funding: Put in your proposal, get your money, go away and do three things, come back and report, it drops off the map, and let us try again next year. Somewhere between those two is a calm, medium, long-term commitment to getting some things done. If the federal government wanted to show leadership they could try something like that. That would be to build a model that included a strong fiduciary, governance and partnership framework, one which included NGOs, which you mentioned. That is what we are doing, or whoever they considered to be their best implementers of public policy in the North are doing, with stability both in the relationship between that organization and the government and the financial side between that organization and the government, even if it has to go through nine

population de Davis Inlet a été déplacée à fort prix pour le gouvernement fédéral. J'ai appris que leurs conditions de vie et leur bien-être culturel et social ne s'étaient pas améliorés.

Nous n'agissons pas. Il y a quelque chose qui nous échappe et je cherche à découvrir ce que c'est. Est-ce un partenariat avec la gouvernance du Canada? Ou avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord, ou encore avec Santé Canada? En bout de ligne, il faut qu'il y ait un partenariat entre cette population et ceux qui, par nécessité, contrôlent en partie sa destinée.

Voilà où j'en suis. Monsieur le président, nous nous sommes éloignés des questions de santé mentale. Nous avons élargi le débat ce matin pour discuter de ce que c'est que vivre dans le Nord, un milieu difficile, et comment garder son identité dans le village global. C'est le problème, n'est-ce pas? C'est la difficulté que nous avons. Il y a trop d'organismes, trop d'intervenants et trop de services qui essaient de s'occuper de la même chose.

Comme je suis membre de l'Église unie du Canada, je suis au courant de la question des pensionnats. Dans les années 1980, quand l'Église cherchait à déterminer sa responsabilité et à établir des programmes et des pratiques, on a demandé aux femmes de recueillir un million de dollars sur deux ans pour le fonds de guérison. Puis, au début des années 1990, Stan McKay, un leader clé, nous a aidés à comprendre. Nous, à Terre-Neuve, n'avions pas la moindre idée des mauvais traitements infligés dans les pensionnats. Il a fallu être informés pour comprendre.

Je n'ai rien entendu ici au sujet des organismes non gouvernementaux et du processus de guérison autochtone. Je pense que cet ONG a fait beaucoup. Si vous pouviez me dire ce que vous pensez, cela m'aiderait à comprendre en vue de la production de notre rapport.

Mme Dickson : J'ai bien hâte que la personne qui vous a dit qu'elle allait enseigner à Iqaluit parce que le salaire était bon aille acheter une orange dans un magasin local. Elle va comprendre pourquoi les salaires sont élevés.

Je me suis demandé ce qu'un gouvernement ou une société peut faire à part jeter l'argent par les fenêtres et forcer un village à aller s'installer ailleurs, ce qui est très mal inspiré. C'est un extrême. À l'autre extrême, comme on l'a dit aujourd'hui, on finance des projets à court terme, en demandant aux gens de présenter des propositions pour obtenir des fonds, de produire des rapports et de refaire leurs devoirs l'année suivante, ce qui ne donne pas beaucoup de résultats. Entre les deux, on peut s'engager calmement à moyen et à long terme à réaliser des mesures concrètes. Si le gouvernement fédéral voulait faire preuve de leadership, c'est ce qu'il essaierait de faire. Il devrait établir un modèle qui prévoit un cadre fiduciaire solide de gouvernance et de partenariat, avec les ONG dont vous avez parlé. C'est ce que nous sommes en train de faire, ou c'est ce que font ceux qui estiment être les mieux placés pour mettre en œuvre les politiques publiques dans le Nord, pour que des liens stables se créent entre l'organisme et le gouvernement sur le plan financier, même s'il faut transiger avec neuf ministères; il suffit d'obtenir leur

departments; get them collaborating. If you can pull off something like that, an organization could plan strategically and develop long-term results-oriented activities rather than immediate-success-oriented activities. That would make a big difference.

I will give an example. One part of our biggest program is called sexual health; one piece of it is HIV/AIDS. Our funders are continually asking us about results. We keep saying that the results are that fewer people get it, so how do you quantify that to a funder who is thinking about not funding you next year? Perhaps we could figure out how to capture the whole thing in a longer-term commitment. An average Canadian pays taxes to the government, which decides how to spend it in our best interests. That is what democracy is. Perhaps you could include the indigenous people in that process, so that they and the organizations working with them and for them are not constantly thinking that at the end of this fiscal year or at the end of this project they will be outside the tent begging again. It makes you feel non-Canadian, non-franchised or non-legitimate somehow: trying to understand whether we are welcome or not; whether we are real or not. Much time is spent proving or insisting on your historical right to be here and all your traditional entitlements. If that could be a given, then we as a collective in Canada could say we will do this for the long term, for 40 years or 400 years.

It is not acceptable that anyone is abused. It is not acceptable that anyone has HIV. It is not acceptable that anyone is so far under the poverty level that participating in their community life is a non-starter, whether indigenous or non-indigenous. Then we might move along. It is somewhere in the middle between projects and throwing big pots of money.

Ms. Valaskakis: In regard to what Senator Cook mentioned, there are a number of efforts underway that we should support. One is the mental health strategy that is currently being developed by Health Canada, ITK and AFN. That is important in addressing the problems in a unified, coordinated way.

The second is the blueprint for health being developed by AFN. That has to be the centre of what emerges.

In terms of aspects of NGOs and their involvement, all of what is going on in relation to residential schools now involves the Aboriginal Healing Foundation, the Assembly of First Nations, other organizations and all the churches. The churches are very much involved with Judge Iacobucci and the processes associated with that. We appreciate the cooperation and concern the churches have had and the work they are doing in relation to that.

It is important to do "cross-cultural" training in regard to people who go North, and go to reserves in general and work in these areas. There is more attention to this. I will tell a story about how important that is. I was asked to speak to the second-year medical students at the University of Ottawa. As I launched into

collaboration. Si on peut parvenir à cela, un organisme peut planifier de façon stratégique et prévoir des activités axées sur des résultats à long terme plutôt que sur des résultats immédiats. Cela ferait une énorme différence.

Voici un exemple. Un volet de notre programme le plus important concerne la santé sexuelle; et une partie de celui-ci touche la prévention du VIH/sida. Nos bailleurs de fonds nous posent continuellement des questions au sujet des résultats. Nous leur répondons toujours que moins de gens contractent le virus. Mais comment en faire la démonstration à un bailleur de fonds qui songe à ne plus vous accorder de financement l'année suivante? La solution consiste peut-être à conclure un engagement à long terme. Un Canadien moyen paie des impôts au gouvernement, qui les dépense dans le meilleur intérêt de la population. C'est ça la démocratie. Peut-être pourriez-vous inclure les Premières nations dans ce processus démocratique, de façon à ce que les Autochtones ainsi que les organisations qui travaillent pour et avec eux ne pensent plus qu'à la fin d'un exercice financier ou d'un projet, ils devront de nouveau solliciter des fonds. On se sent étranger parfois, sans droit ni légitimité, quelque part; c'est à se demander si nous sommes vraiment les bienvenus, si nous faisons vraiment partie du système. On passe beaucoup de temps à prouver les droits historiques, les droits traditionnels, et à insister sur leur importance. Si tout cela pouvait être acquis, nous pourrions nous engager à long terme, comme société, pour 40 ou 400 ans.

C'est inacceptable que des personnes soient victimes d'abus, contractant le VIH ou soient tellement en dessous du seuil de la pauvreté qu'elles ne peuvent participer à la vie communautaire, qu'elles soient autochtones ou non. Il faut essayer de faire bouger les choses. La réponse au problème se situe quelque part entre la stricte proposition de projets et la dépense de sommes astronomiques.

Mme Valakakis : Concernant ce qu'a dit le sénateur Cook, nous devrions appuyer certains des projets en cours. Un de ceux-ci est la stratégie pour la santé mentale présentement mise au point par Santé Canada, l'ITK et l'APN. C'est une initiative importante pour régler les problèmes de façon intégrée et coordonnée.

Un autre de ces projets est le plan d'action sur la santé des Premières nations, développé par l'APN. Cela doit être au cœur des actions entreprises.

Quant au rôle des ONG, sachez qu'on a fait appel à la Fondation autochtone de guérison, à l'Assemblée des Premières nations ainsi qu'à d'autres organisations et à toutes nos églises pour qu'elles s'occupent de la question des pensionnats indiens. Les églises sont très engagées dans le processus de règlement mené par le juge Iacobucci. Nous nous réjouissons de leur coopération, de leur intérêt et de leur travail à ce chapitre.

En outre, il convient d'offrir une formation de sensibilisation aux différences culturelles aux gens qui décident d'aller travailler dans le Nord ou dans les réserves en général. L'histoire que je vais vous raconter illustre à quel point c'est important. On m'a demandé de prendre la parole devant des étudiants en médecine

my residential school talk a hand went up in the back and a woman asked, "Excuse me, but what are residential schools?" There was not a soul there who knew, nor was there a soul there who was Aboriginal, of course. There is an effort on the part of the University of Ottawa to change that, which I appreciate.

We have to recognize that in all of Canada, while we do not know how many Aboriginal doctors there are, we estimate there are about 200, and that there is one Aboriginal psychiatrist in Canada: Cornelia Wieman. She is the second. Clare Brant from Tyendinaga was the first, and he is no longer with us. That is the extent of all the Aboriginal psychiatrists we have had in Canada.

While it is important to focus on non-native training in terms of people who go North, it is much more important to focus on the training of Aboriginal people in professional areas. We have certificate programs everywhere, but let us get degrees going. Senator Gill and I were involved 30 years ago in developing Manitou College. That need is still there today in regard to Aboriginal education.

There is enormous need to support the kind of growth in Aboriginal education that we are seeing now, and to support it in terms of graduate school and professional development. Ten years from now, we will have many more doctors. If we had done in the medical services what was done in the legal area through the provision of education in the Saskatchewan Indian training program, we would have medical doctors. We would not be sitting around the table saying we have one Aboriginal psychiatrist. The Saskatchewan program worked. We have all sorts of native lawyers. Because of the Inuit law program in Iqaluit, we have now many more Inuit lawyers. If we could do the same thing in the medical area, we could do a tremendous job. That is extremely important.

Senator Callbeck: Coming from Prince Edward Island, this discussion has been a real education for me. Following on what Dr. Valaskakis has said, many of you today talked about the lack of health care workers and trained people in First Nations, Metis and Inuit. What is the federal government doing right now? Are we going in the right direction? Are we improving? Should we do more of what we are doing now? How should we change our method of trying to get more First Nations Metis and Inuit into the health care field?

Ms. Lyon: That is a very good question. In terms of having more Aboriginal people in health careers, the federal government provides funding through Indian and Northern Affairs, INAC, for education, but it has not kept up with the population. Therefore, you have many people who cannot access funding, and

de deuxième année de l'Université d'Ottawa. Lorsque j'ai commencé à parler des pensionnats indiens, une femme a levé la main, dans le fond de la salle, et m'a demandé : « Veuillez m'excuser, mais que sont les pensionnats indiens? » Personne dans l'assistance ne connaissait la réponse, et il n'y avait pas non plus d'Autochtones, évidemment. L'Université d'Ottawa s'efforce de remédier à la situation, ce que j'apprécie.

Dans tout le Canada, nous estimons qu'il y a environ 200 médecins autochtones, dont seulement une psychiatre : Cornelia Wieman. Il y avait aussi Clare Brant de Tyendinaga, mais il nous a quittés. Ce sont les deux seuls psychiatres autochtones au Canada.

Bien qu'il soit capital d'initier les gens qui décident de s'établir dans le Nord à la culture autochtone, il est encore plus important de mettre l'accent sur la formation des Autochtones dans des domaines spécialisés. Nous avons accès à des programmes de certificat, mais nous voulons aussi des diplômes universitaires. Le sénateur Gill et moi-même avons beaucoup travaillé pour le collège Manitou, il y a 30 ans. Les besoins en matière d'éducation post-secondaire pour les Autochtones sont encore présents aujourd'hui.

Le besoin de soutenir le rythme de croissance dont nous sommes actuellement témoins sur le plan de l'éducation autochtone est criant, et ce soutien doit aussi s'appliquer aux études supérieures et au perfectionnement professionnel. Dans dix ans, nous aurons beaucoup plus de médecins. Si nous avions fait dans le domaine des services médicaux ce qui s'est fait dans le domaine juridique dans le cadre d'un programme de formation des Indiens de la Saskatchewan, nous aurions des médecins. Nous ne serions pas assis à la table pour discuter du fait que nous n'avons qu'un seul psychiatre autochtone. Le programme de la Saskatchewan a fait ses preuves. Nous comptons toutes sortes d'avocats autochtones. En raison du programme de droit inuit offert à Iqaluit, nous avons maintenant beaucoup plus d'avocats inuits. Si nous pouvions faire la même chose dans le domaine de la médecine, nous ferions des merveilles. C'est extrêmement important.

Le sénateur Callbeck : Comme je viens de l'Île-du-Prince-Édouard, l'actuel débat m'a vraiment ouvert les yeux. Pour enchaîner sur ce qu'a dit Mme Valaskakis, bon nombre d'entre vous, aujourd'hui, avez parlé du manque de personnel dans le domaine de la santé et de personnel formé issu des Premières nations, des Métis et des Inuits. Que fait le gouvernement fédéral actuellement? Sommes-nous dans la bonne voie? Est-ce que nous faisons mieux? Devrions-nous faire plus que ce que nous faisons actuellement? De quelle façon devrions-nous modifier notre façon d'attirer dans le domaine des soins de santé plus de membres des Premières nations, des Métis et des Inuits?

Mme Lyon : Voilà une excellente question. Pour ce qui est d'inciter plus d'Autochtones à faire carrière dans le domaine de la santé, le gouvernement fédéral fournit un soutien à l'éducation par l'intermédiaire des Affaires indiennes et du Nord canadien, mais cette aide n'a pas suivi le rythme de croissance de la

when they do, sometimes a living allowance is provided, which is often not adequate. You have families living on maybe \$1,100 a month, and then they go to school.

Where I worked before, we used to administer the Native Nurses Entry Program out of Lakehead University. People came into town in Thunder Bay from the northern communities with families of six kids and many social issues in terms of relocating, going into an urban community and so forth. Often, that sort of thing is not supported. It is hard to get through a degree. Even in my own situation, it takes five times the effort to get through. Aboriginal nurses who have gone through four or five years of university are very determined individuals, and once they get into the workforce, very strong people are working there.

Basically, it is a lack of funding. We also have to provide more education around health careers. Having worked in that area for quite some time, we find, as with the shortage of physicians and nurses, everyone is jumping on the bandwagon to promote health careers. We have promoted health careers for 15 years now through the Indian and Inuit Health Careers Program. That was an initiative by an Aboriginal physician who works out of Thunder Bay now. In some ways, we have been ahead of the game, but we also fall behind in terms of the funding provided. We need to have more funding to get more people in these programs.

Senator Callbeck: You said at the beginning that some of them cannot access the funding. Why are they not able to access it?

Ms. Lyon: If you think about medical students, the tuition per year is an average of \$15,000, as opposed to some other program of \$5,000 or \$6,000 a year. There are more resources going towards that. It is my understanding that they have a cap for four-year funding, so to get into medical school, the first degree required is an undergraduate degree, and that takes four years. You are already at a point of not being supported.

It is the same with the native nurses program. There is a preparation program, and by the fourth year, the fifth year is not supported. Those are issues as well. The communities that control the education funding have to look at priorities in terms of making that funding available. There just simply is not enough.

Ms. Randell: To add to what Ms. Lyon has said, for Inuit communities, one of the biggest barriers to health human resources is that our high school dropout rate is 76 per cent

population. Par conséquent, bien des gens n'ont pas accès aux fonds et, s'ils reçoivent de l'aide, ils obtiennent parfois une allocation de subsistance qui est souvent insuffisante. Ainsi, des familles doivent vivre avec 1 100 \$ par mois peut-être, alors que le chef de famille tente de faire des études.

Là où je travaillais auparavant, nous avions l'habitude d'administrer le programme d'admission des infirmières autochtones à partir de Lakehead University. Des gens venaient à Thunder Bay des collectivités du Nord accompagnés de familles de six enfants, ce qui soulevait bien des questions sociales en termes de réinstallation, de vie en milieu urbain et ainsi de suite. Souvent, ce genre de choses ne reçoit pas de soutien. Il est difficile de mener ses études jusqu'au bout. Même dans ma propre situation, il faut déployer cinq fois plus d'efforts pour y arriver. Les infirmières autochtones qui ont réussi à faire quatre ou cinq années d'études universitaires sont des personnes très déterminées et, une fois qu'elles sont sur le marché du travail, des ressources très solides.

Le problème est essentiellement un manque de fonds. Il faut aussi fournir plus d'information sur les carrières dans le domaine de la santé. Comme nous avons travaillé dans ce domaine pendant un bon bout de temps, nous constatons, tout comme pour la pénurie des médecins et d'infirmiers, que tout le monde se précipite pour promouvoir tout à coup les carrières dans le domaine de la santé. Nous en faisons la promotion depuis 15 ans maintenant, dans le cadre du Programme des carrières de la santé pour Indiens et Inuit, une initiative lancée par un médecin autochtone qui travaille actuellement à Thunder Bay. Sur certains plans, nous avons fait œuvre de pionniers, mais, par contre, nous accusons du retard sur le plan du financement. Nous avons besoin de plus de fonds pour admettre plus de personnes dans ces programmes.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit tout à l'heure que certains d'entre eux sont incapables d'obtenir du financement. Quelle en est la raison?

Mme Lyon : Prenons l'exemple de l'étudiant en médecine. Les frais annuels de scolarité s'élèvent en moyenne à 15 000 \$, par opposition à d'autres programmes qui ne coûtent que 5 000 \$ ou 6 000 \$ par année. Plus de ressources sont consacrées à ce genre de programme. Si j'ai bien compris, l'aide financière est plafonnée à quatre ans. Or, pour être admis à l'école de médecine, il faut tout d'abord un grade de premier cycle, ce qui prend quatre ans. Ainsi, avant même d'entrer à l'école de médecine, vous avez déjà reçu l'aide maximale.

Il en va de même pour le programme des infirmières autochtones. Il existe un programme de préparation, mais à la fin de la quatrième année, il ne reste plus rien pour la cinquième. Ce sont là des problèmes également. Les collectivités qui contrôlent les fonds consacrés à l'éducation doivent tenir compte des priorités. Il y n'y a tout simplement pas assez de fonds.

Mme Randall : Pour renchérir sur ce qu'a dit Mme Lyon, un des plus grands obstacles à l'augmentation des ressources humaines dans le domaine de la santé, au sein des collectivités

across the Inuit regions. If you do not make it through high school, chances are you will not make it into any post-secondary schools.

The federal government is looking at some health human resources strategies, specifically, Inuit ones, and that was part of the \$700 million announcement. It has been an incredible barrier and taken a lot of time to convince people who have decision-making powers for those monies that maybe the best place to start spending that money is not in university, and that we need to keep kids in school. The curricula offered in Inuit communities need to respect Inuit education needs. Many communities do not offer the academic levels of math, science and English. Significant upgrading is required if people do pass through the high school. With respect to the relevance of the curriculum from an Inuit perspective, the curriculum in Nunavut is based on the Alberta model. From talking to Inuit students, the number one reason they drop out of high school is boredom. There is a need for community-based programs and for some of those certificate programs. There is a role for accreditation and for regional training opportunities, and I will use the example of midwifery. Go to the birthing centres in Nunavik or Rankin Inlet and look at the traditional midwifery practices. They did not learn it from any university.

In health human resources, another issue that has come up over and over again is the need for mentoring and providing resources to people who make the decisions, and for developing progression. If someone wants to become a community health representative and works with the community, then the support is to help that person become a nurse or mental wellness counsellor or continue to advance through the system as he or she wants. The role of mentoring has to be identified in any human resource strategy.

We are in the process of the federal announcement of developing a health human resource strategy, and our focus has been on the kids. We have been told to focus on the kids. They are the future and if you can keep them in school, they will be your workforce.

Mr. Atleo: Briefly, I know that my father, Dr. Richard Atleo, did an education research project in British Columbia 15 years ago looking at school completion. He likes to remind me that for thousands of years the Nuu-chah-nulth First Nations were highly successful in terms of preparing people for life for all the roles for a balanced, healthy community. It is really only the last 140 or 150 years on the west coast of Canada that we have experienced lack of success unheard of in our history. I have to again emphasize that my father is recognized as one the first First Nation men in Western Canada to achieve a doctorate

inuites, est le taux de décrochage au niveau secondaire, qui est de 76 p. 100 dans toutes les régions inuites. Or, si vous ne terminez pas vos études de niveau secondaire, il est fort probable que vous ne ferez pas d'études postsecondaires.

Le gouvernement fédéral examine certaines stratégies relatives aux ressources humaines dans le domaine de la santé, plus particulièrement, des stratégies inuites, ce qui faisait partie des 700 millions de dollars annoncés. Le défi a été incroyablement difficile à relever, et il a fallu beaucoup de temps pour convaincre ceux qui détiennent le pouvoir de décision au sujet de cet argent que le meilleur endroit peut-être où commencer à dépenser cet argent n'est pas à l'université, qu'il faut d'abord lutter contre le décrochage chez les jeunes. Il faut que les programmes offerts dans les collectivités inuites correspondent aux besoins d'éducation des Inuits. De nombreuses collectivités n'offrent pas de cours de mathématiques, de sciences et d'anglais de niveau suffisamment élevé. Il faudra considérablement les enrichir si l'on veut que les jeunes soient diplômés à la fin de leurs études secondaires. Quant à la pertinence du programme d'études d'un point de vue inuit, celui du Nunavut s'inspire du modèle albertain. Des rencontres avec des étudiants inuits ont permis d'établir que la principale raison du décrochage au secondaire est l'ennui. Il faut offrir des programmes axés sur la collectivité et certains de ces programmes de certificat. L'accréditation et les possibilités de formation régionale ont un rôle à jouer. Comme exemple, parlons du rôle de la sage-femme. Allez dans les centres de naissance de Nunavik ou de Rankin Inlet et observez par vous-même ce que font les sages-femmes. Elles ne l'ont pas appris à l'université.

Sur le plan des ressources humaines dans le domaine de la santé, un autre problème qui fait constamment surface est le besoin de mentorat et de débloquent des ressources pour ceux qui prennent les décisions, de même que le besoin de faciliter la progression. Si quelqu'un souhaite devenir un représentant communautaire de la santé et qu'il travaille au sein de la collectivité, le soutien consiste à aider la personne à devenir une infirmière ou une conseillère en bien-être mental ou à continuer à gravir les échelons comme elle le souhaite. Il faut inclure du mentorat dans toute stratégie relative aux ressources humaines.

Nous sommes en train, suite à l'annonce fédérale, de développer une stratégie relative aux ressources humaines dans le domaine de la santé, et nous insistons sur les jeunes. En fait, on nous a dit d'insister sur les jeunes. Ce sont eux l'avenir, et si l'on peut les empêcher de décrocher, ils deviendront les travailleurs de demain.

M. Atleo : J'aimerais intervenir brièvement pour dire que mon père, Richard Atleo, a, dans le cadre d'un projet de recherche en éducation mené en Colombie-Britannique il y a 15 ans, examiné la question des études en milieu scolaire. Il se plaît à me rappeler que pendant des milliers d'années les Premières nations Nuu-chah-nulth réussissaient fort bien à préparer leurs membres à assumer tous leurs rôles dans la vie de manière à avoir une collectivité équilibrée et saine. Ce n'est en réalité que depuis 140 ou 150 ans, sur la côte ouest du Canada, que nous n'arrivons plus à le faire, un échec inédit dans notre histoire. Je

degree. I think it is always important to keep a perspective about how far we have to go, but also how far we have come.

What I found really helped me was connectivity, even the ability to dial up and take my master's degree in my traditional territories and not have to go to the University of British Columbia. My degree is a four-university degree; I took it from the University of Technology, Sydney, Australia, University of the Western Cape, South Africa, University of Linköping, Sweden and University of British Columbia. It is a master's degree in education, focused on global change and adult learning.

That is what I think this is; this is a learning exercise we are going through about what are the gaps and what are the problems. One thing that could be part of the solution is connectivity. If we can support access to proper high speed connections, our people can stay in their context, and not be removed. That way they get to integrate their learning, preferably in a democratic education environment that values First Nations teachings and traditions as equal to scientific inquiry, for example. I think this could pose one of the many solutions. Again, courses need to be designed by First Nations and I was interested to hear about the psychiatrist numbers. My daughter is aspiring to become a psychiatrist and I will let her know that she should follow that path.

[Translation]

Senator Pépin: My question is for Ms. Randell and Ms. Gideon. In my opinion, your communities should offer training opportunities. However, how to proceed is the question. It is difficult for a person with two children to spend two years in Montreal. Children need to stay in school and to have a mentor.

I knew from the tender age of eleven that I wanted to become a nurse. Two nurses who were close acquaintances inspired me to choose this career.

When I visited Iqaluit and Kujuak, I observed that women, for instance, gave birth at birthing centres instead of calling on an obstetrician. What steps could we take to provide conventional nursing training in your communities?

Education and mentoring programs are important. What steps do you suggest be taken to ensure that a person does not have to relocate to Montreal or Alberta for two years in order to receive training?

Ms. Gideon: It is difficult to answer that question. If we knew the answer, we would already be taking steps in this direction. In my view, we must start at the community level by setting up schools boards. First Nations do not have a school board to support primary schools and to forge ties with provincial secondary schools. Most of our members must leave the

dois souligner à nouveau que mon père est reconnu comme étant un des premiers membres des Premières nations de l'ouest du Canada à faire des études de doctorat. Il importe toujours de garder à l'esprit non seulement le but, mais aussi le point de départ.

Ce qui m'a vraiment aidé, c'est la connectivité, voire la capacité de faire ma maîtrise à distance, à partir de mon territoire ancestral, sans avoir à me rendre à l'Université de Colombie-Britannique. J'ai fait mes études dans quatre universités; ainsi, j'ai suivi des cours de l'University of Technology, à Sydney, en Australie, de l'University of the Western Cape, en Afrique du Sud, de l'Université de Linköping, en Suède, et de l'Université de la Colombie-Britannique. J'ai une maîtrise en éducation avec concentration en changement mondial et en apprentissage des adultes.

Voici ce que je pense : nous sommes en train de faire un exercice d'apprentissage au sujet des lacunes et des problèmes. Une partie de la solution pourrait être la connectivité. Si nous pouvons soutenir l'accès aux bonnes connexions à haute vitesse, nos membres peuvent demeurer chez eux et n'auront plus à s'exiler. Ainsi, ils réussissent à intégrer leur apprentissage, préférablement dans un contexte éducatif démocratique qui accorde de la valeur aux enseignements et aux traditions des Premières nations comme étant l'égal de la recherche scientifique, par exemple. Je crois que ce pourrait être une des nombreuses solutions. À nouveau, il faut que les cours soient conçus par les Premières nations, et ce qui s'est dit au sujet du nombre de psychiatres m'a intéressé. Ma fille songe à devenir psychiatre, et je vais l'encourager à le faire.

[Français]

Le sénateur Pépin : Ma question s'adresse à Mmes Randell et Gideon. À mon avis, la formation devrait être offerte dans vos communautés. Toutefois, comment procéder? Il est difficile pour une personne ayant des enfants de quitter pour Montréal pendant deux ans. Il faut garder les enfants dans les écoles et leur servir de mentor.

Dès l'âge de 11 ans, j'ai su que je voulais devenir infirmière, grâce à deux infirmières, proches de moi, qui m'ont inspirée.

Lorsque je suis allée à Iqaluit et à Kujuak, j'ai pu constater certains faits. Les mères, par exemple, accouchent dans des maisons de naissance plutôt que de faire appel à un obstétricien. Que pourrait-on faire pour s'assurer que la formation aux infirmières traditionnelles soit offerte dans vos communautés?

L'appui à l'éducation et aux programmes de mentorat est important. Quelles suggestions auriez-vous pour faire en sorte qu'une personne ne soit pas obligée de s'expatrier à Montréal ou en Alberta pendant deux ans pour suivre sa formation?

Mme Gideon : Il est difficile de répondre à cette question. Si on avait la réponse, les démarches seraient déjà entamées. À mon avis, le point de départ se situe dans les écoles de nos communautés, notamment avec l'établissement de commissions scolaires. Dans les Premières nations, il n'existe aucune commission scolaire qui appuie les écoles primaires et qui

community in order to attend high school. Ties must be forged with these schools with a view to developing and implementing programs to help students interested in nursing.

At the post-secondary level, we need to set up institutions in areas with a greater concentration of First Nation communities. Technology is also needed to facilitate communication with remote areas, as suggested by the regional chief. A student would thus be able to complete most of his studies at home and have his work supervised by videoconference. One example of this technology is Telehealth. These technological tools would be very practical to have.

Dr. Vlaskakis gave a very interesting example, namely that of Dr. Weiman, a member of the Six-Nation reserve. Dr. Weiman returned to her community to practice medicine. However, the community could not afford to pay her a proper salary because it lacked the money to offer remuneration commensurate with her training and expertise. Dr. Weiman has courageously spoken out about this state of affairs at several forums.

One of the human resources priorities that we have identified in the health field is the importance of competitive salaries. Communities need help to be competitive in order to attract professionals. However, they are not receiving any such support at this time.

Ms. Randell mentioned that \$100 million investment strategy announced in September of 2004. Funding under the strategy has not yet started to flow and only central agencies have been targeted. Health Canada refuses to recognize the need to devise specific strategies for each First Nation and Métis community. Consequently, the concept of an aboriginal strategy does not include funding that is accessible to communities. Agencies, for the most part, non-aboriginal agencies, rely on funding to set up programs geared to aboriginals. It is impossible to gauge the extent to which communities will be involved in these initiatives. This measure will not succeed in bringing the process full circle, that is seeing students leave home to study and later return to their community. At some point, this artificial strategy leads to a communications breakdown. The strategy recognizes the existence of aboriginal peoples, but fails to take cultural differences into account.

To forge and strengthen ties between the communities and the education sector, communities should receive direct funding and should have decision-making authority over strategy development. This point bears mentioning.

[English]

Ms. Randell: There are a couple of things to make realistic and relevant community-level programs. First, you have to create the demand and that starts with the school system: having kids say I

établisse des liens avec les écoles secondaires provinciales. La plupart de nos membres doivent se rendre à l'extérieur de la communauté pour fréquenter l'école secondaire. Des liens doivent donc exister avec ces écoles pour développer et mettre en œuvre des programmes visant à appuyer les étudiants intéressés aux domaines des soins infirmiers.

Au niveau universitaire, il faudrait créer des établissements accessibles pour les milieux où on retrouve une concentration de communautés de Premières nations. Il faudrait également disposer de moyens technologiques facilitant la communication à distance, tel que suggérés par le chef régional. Un étudiant pourrait ainsi compléter une bonne partie de ses études à domicile, tout en étant supervisé par vidéoconférence — on pense, par exemple, à Télésanté. Ces outils technologiques seraient très utiles.

L'exemple du Dr. Weiman soulevé par le Dr. Vlaskakis est très intéressant. Le Dr. Weiman est membre de la réserve des Six Nations. Elle s'est rendue dans sa communauté pour pratiquer la médecine. Toutefois, on ne pouvait lui verser un salaire suffisant pour lui permettre de survivre, car la communauté n'avait pas le financement nécessaire pour lui offrir une rémunération adéquate à son champ d'expertise. Le Dr. Weiman a dénoncé cette réalité avec beaucoup de courage lors de plusieurs forums.

Une des priorités que nous soulevons en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé est l'importance des salaires compétitifs. Il faut aider les communautés à être compétitives afin qu'elles puissent attirer des professionnels. Malheureusement, ce soutien n'existe pas pour l'instant.

Mme Randell soulevait la stratégie d'investissement de 100 millions de dollars annoncée en septembre 2004. Le roulement de ce financement n'est toujours pas en marche et se limite aux agences centrales. Santé Canada refuse de reconnaître la nécessité de concevoir des stratégies spécifiques à chaque population des Premières nations et Métis. Par conséquent, le concept d'une stratégie Autochtone n'inclut pas un financement auquel les communautés ont accès. Le financement est utilisé par des organismes, pour la plupart non Autochtones, qui établiront des programmes ciblant les Autochtones. Il est impossible de déterminer à quel point les communautés seront impliquées dans ces initiatives. Cette mesure ne réussira donc pas à fermer le cercle du processus par lequel un étudiant quitte vers un établissement d'enseignement et retourne à sa communauté. À un certain point, la communication se brise dans cette stratégie artificielle. Cette stratégie admet l'existence des peuples autochtones, toutefois elle ne considère pas les différences culturelles.

Pour établir et renforcer les liens entre les communautés et le secteur de l'éducation, les communautés devraient recevoir le financement directement et disposer d'un pouvoir de décision sur le développement des stratégies. Il serait important de souligner cet aspect.

[Traduction]

Mme Randell : J'aurais quelques observations à faire si l'on veut avoir des programmes de niveau communautaire réalistes et pertinents. Tout d'abord, il faut créer la demande, et celle-ci

want to be a nurse, I want to be a doctor, I want to be an astronaut — whatever they want to be even if it is not in the health care field. If they have goals and aspirations, they will be mentally much healthier so it will have a big impact on the health.

Looking at jurisdictional issues, they have to be looked at from a health-human resource point of view. We have the health system saying we have a responsibility to improve and increase the number of Aboriginal or Inuit people working in health but we better stay out of the education system because that is a provincial responsibility. There is such a barrier. We are shot down out of the strategy that Inuit have put forward. We have already been told that many of the recommendations cannot be implemented because they would be the responsibility of the departments of education of the provinces and territories.

Look at programs that work, such as the Iqaluit law program. There are lessons to be learned from that. The educators went to the community and the students stayed in the community. Students were funded. They were paid a salary to go to school so they could afford to go to school and continue to support their families and live in an area with a high cost of living.

Look at the nursing program. There was a need in the nursing program to have a pre-year to get up to the education requirements to start the university components. Four students in, I believe, Pelly Bay wanted to do that, so they moved that program to Pelly Bay and allowed those four students to stay there for that year and take the education that way.

Another thing is to look at regions. The Inuit communities are very realistic. They understand that in a community of 200 or 400, chances are there will not be a nursing program or even a certificate program for mental wellness. The population does not support it. However, they have asked us for regional and national-based programs. The Inuit in Nunatsiavut want to work with the Inuit in Nunavik to develop an addictions program based on the Inuit culture and values. Right now, it is difficult to share that information and the resources because of where those jurisdictions get their federal dollars from. The Inuit in Nunatsiavut get it from Atlantic Region, and the Inuit in Nunavik get it from Quebec region, and never the two shall meet. It is a barrier, but it is important to say that there is a recognition that not all the training can be at a community level. There is a long way to go to make it at a regional level.

Senator Gill: I want to reinforce what was said about education and different institutions. Ms. Valaskakis mentioned that we did something in the field of law but not much in other fields. One thing that causes problems for most of the people is that although we would like to have more services, how do we work with the

commence dans le système scolaire même : il faut que les jeunes veuillent devenir infirmiers, médecins, astronautes — qu'ils rêvent d'une certaine carrière même si ce n'est pas dans le domaine de la santé. S'ils ont des buts et des aspirations, ils auront une meilleure santé mentale, ce qui aura un grand effet sur la santé.

Pour ce qui est des questions de compétences, il faut les examiner du point de vue des ressources humaines en matière de santé. Le système de santé affirme que nous sommes responsables d'améliorer et d'accroître le nombre d'Autochtones ou d'Inuits qui travaillent dans le domaine de la santé, mais qu'il vaut mieux que nous nous tenions à l'écart du système d'éducation parce qu'il s'agit là d'une responsabilité provinciale. La barrière à surmonter est si grande. La stratégie qu'ont proposée les Inuits est réduite en pièces. On nous a déjà dit que bon nombre des recommandations ne peuvent pas être mises en œuvre parce qu'elles sont du ressort du ministère de l'Éducation des provinces et des territoires.

Voyez quels programmes sont efficaces, comme le programme de droit d'Iqaluit. Il y a des enseignements à en tirer. Les enseignants se sont rendus dans la collectivité, de sorte que les étudiants n'ont pas eu à la quitter. Les étudiants ont reçu de l'aide. On les a payés pour faire des études de manière à ce qu'ils puissent suivre des cours, continuer de soutenir leurs familles et vivre dans une région où le coût de la vie est élevé.

Et qu'en est-il du programme de soins infirmiers? Il fallait prévoir une année de rattrapage pour la mise à niveau des connaissances avant que l'étudiant puisse commencer les cours universitaires. Quatre étudiants de Pelly Bay, je crois, souhaitaient le faire, de sorte qu'ils ont déplacé le programme jusqu'à Pelly Bay et ont permis à ces quatre étudiants d'y demeurer durant cette année-là et de faire leurs études ainsi.

Il faut aussi examiner les régions. Les communautés inuites sont très réalistes. Elles comprennent qu'au sein d'une communauté de 200 ou de 400 âmes, il est probable qu'il n'y aura pas de programme de soins infirmiers ou même de programme de certificat en bien-être mental. La population n'appuie pas l'idée. Cependant, on nous a demandé de mettre sur pied des programmes régionaux et nationaux. Les Inuits de Nunatsiavut souhaitent travailler de concert avec les Inuits du Nunavik à élaborer un programme de traitement de la toxicomanie axé sur la culture et les valeurs inuites. Pour l'instant, il est difficile de partager les renseignements et les ressources parce que les sources de l'argent fédéral ne sont pas les mêmes au sein de chaque compétence. Ainsi, les Inuits du Nunatsiavut l'obtiennent de la Région atlantique alors que ceux du Nunavik l'obtiennent de la Région de Québec, et jamais les deux ne se rencontreront. C'est là un obstacle, mais il importe de dire qu'on reconnaît que toute la formation ne peut pas se faire au niveau communautaire. Il reste encore beaucoup à faire pour avoir une formation de niveau régional.

Le sénateur Gill : Je tiens à souligner ce qui a été dit au sujet de l'éducation et des différents établissements. Mme Valaskakis a mentionné que nous avons accompli quelque chose dans le domaine du droit, mais pas grand chose dans les autres domaines. Une des sources de problèmes pour la plupart des gens, c'est que

Indian people from more than 600 communities across the board? How can we find a solution for each of them? People do not start anything because they do not know what to do.

For a long time, we had Indian Affairs and the Indian Act, and the only institution recognized in the Indian Act was the band council. I am Innu, so my nation is on the North shore of Labrador. If you want to get organized, politically speaking, or in other fields, it is impossible. You are not recognized. The only way is through your band council. I do not want to start a debate here. My band, for example, is a member of a nation. There are 12 bands in the nation. In Quebec, for example, there are nine nations, not 42 First Nations. We are 42 bands, but we are nine nations. If we recognize this in the institution we want to create, it will be easier, but that has not happened so far.

When talking about health, education, culture, et cetera, we cannot get organized to have different jurisdictions at different levels — that is, some power at the nation level, some power at the band level, some power at the provincial level and some power at the national level. The AFN is my representative. They are my chiefs. They represent my nations. However, in the eyes of the government, it depends. If the chief is dealing well and gets along well with the minister, perhaps we will get something. However, there is nothing legally established between the government and those people. We need institutions organized by our people, by First Nations and by Inuit, and then those institutions must be recognized. We would then be able to cope with what we need in health, such as doctors, and we will be able to have our own programs and institutions. Perhaps we can do so with universities and with others, but people will be able to get what they want and start to do something for themselves. I wanted to share that with you.

The Deputy Chairman: We will now break for lunch and return at one o'clock sharp.

The committee adjourned.

OTTAWA, Tuesday, September 20, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 1 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

bien que nous aimerions avoir plus de services, comment arriver à une concertation des Indiens de plus de 600 communautés? Comment arriver à une solution pour chacune d'entre elles? Rien ne se fait parce qu'on ne sait pas quoi faire.

Pendant longtemps, il y a eu la Loi sur les Indiens et les Affaires indiennes, et la seule institution reconnue dans la Loi sur les Indiens était le conseil de bande. Je suis innue, et ma nation se trouve sur la côte nord du Labrador. Quand on souhaite s'organiser, sur le plan politique ou sur tout autre plan, c'est impossible. On ne vous reconnaît pas comme interlocuteur valable. La seule façon est de passer par le conseil de bande. Je ne souhaite pas lancer un débat à cet égard. Ma bande, par exemple, fait partie d'une nation, qui en compte douze. Ainsi, au Québec, il y a neuf nations, non pas 42. Nous sommes 42 bandes, mais nous représentons neuf nations. Si nous reconnaissons le fait dans l'institution que nous souhaitons créer, ce sera plus facile, mais jusqu'ici rien ne s'est fait.

Quand il est question de santé, d'éducation, de culture et ainsi de suite, nous n'arrivons pas à nous organiser de manière à avoir différentes compétences à différents niveaux — c'est-à-dire un certain pouvoir au niveau de la nation, un autre au niveau de la bande, du pouvoir au niveau provincial et du pouvoir au niveau fédéral. Je suis représentée par l'APN. Ce sont eux mes chefs, ce sont eux qui représentent mes nations. Cependant, aux yeux du gouvernement, tout dépend. Si le chef négocie bien et qu'il s'entend bien avec le ministre, nous obtiendrons peut-être quelque chose. Toutefois, il n'existe rien, sur le plan juridique, qui serve de tribune commune au gouvernement et à ces gens. Nous avons besoin d'institutions organisées par nos membres, par les Premières nations et par les Inuits, et il faut ensuite que ces institutions soient reconnues. Nous pourrions alors chercher à répondre à nos besoins en matière de santé, par exemple former des médecins, et à mettre sur pied nos propres programmes et institutions. Peut-être pouvons-nous le faire avec les universités et d'autres, mais de cette façon, les gens pourront obtenir ce qu'ils veulent et commencer à se prendre en charge. Je tenais à vous le dire.

Le vice-président : Nous allons maintenant nous arrêter pour le déjeuner et nous serons de retour à 13 heures précises.

La séance est levée.

OTTAWA, le mardi 20 septembre, 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 heures pour examiner les questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[English]

The Chairman: I thank all our guests for travelling, great distances for some, to appear before the committee to provide their views on these important issues. As you know, the purpose of this hearing is to help us to produce the final committee report due in mid-January.

Mr. Devlin, please proceed with your opening comments, focusing on the basic question: What key elements do we need to begin making progress on a problem that will take a long time to resolve?

Arnold Devlin, Dilico Ojibway Child and Family Services: Dilico Ojibway Child and Family Services is a First Nations organization that has been around for 20 years. It encompasses child welfare, health, and mental health and addiction services. We take a holistic approach to providing health and mental health services. We serve the 13 First Nations of the Robinson-Superior Treaty area, where there are 15,000 Anishinabek peoples. Previously, I was a clinical supervisor for Nodin Counselling Service in Sioux Lookout.

Today, I will speak about suicide and how it greatly influences the mental health of the First Nations and Inuit peoples.

Mr. Jim Morris will speak to the serious problem in Sioux Lookout where 350 youth have committed suicide in the past two decades.

Aboriginal suicide is contagious and "clustering" creates a momentum where some of these very small communities have a significant series of completed suicides, suicide attempts and other suicidal behaviour.

One solution to this problem is a strategic approach that engages both the community and the youth. That is a key to the solution.

As a non-native and outsider who has worked in these communities for 15-20 years, I can tell you that our Euro-Canadian solutions do not work for the First Nations communities. We need to be creative and rethink our approach to the serious issue of suicide.

We hope to receive support for a national Aboriginal youth suicide prevention strategy, which Health Canada has discussed. This step is long overdue and is a step in the right direction. The strategy must be linked with an integrated mental health and addiction system. That is what we are missing both in Canada as a whole and in First Nations communities in particular. If you look at the development of Aboriginal resources, you will see that it has been piecemeal and not linked into a cohesive system. The system is lacking in financial support and other resources to address the problem.

[Traduction]

Le président : Je remercie tous nos invités d'être ici. Certains ont franchi de très grandes distances pour comparaître devant le comité et donner leurs points de vue sur ces questions importantes. Comme vous le savez, l'objet de cette audience est de nous aider à produire le rapport final du comité qui doit être remis à la mi-janvier.

Monsieur Devlin, veuillez faire vos observations préliminaires, en vous concentrant sur la question suivante : quels éléments fondamentaux sont nécessaires pour amorcer des progrès vers la résolution d'un problème à long terme?

Arnold Devlin, Dilico Ojibway Child and Family Services : Dilico Ojibway Child and Family Services existe depuis une vingtaine d'années. L'organisation s'occupe du bien-être de l'enfance, de santé mentale, ainsi que des services de toxicomanie. Nous avons une approche holistique en matière d'offre de services de santé et de santé mentale. Nous desservons treize Premières nations de la région couverte par le traité Robinson-Superior, où vivent environ 15 000 Anishinabek. J'ai été, avant cela, superviseur clinique pour Nodin Counselling Service, à Sioux Lookout.

Aujourd'hui, je vais parler de suicide et de ses répercussions énormes sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits.

M. Jim Morris parlera du grave problème des Sioux Lookout, où 350 jeunes se sont suicidés depuis une vingtaine d'années.

Le suicide autochtone est contagieux et la « surconcentration » de logement favorise cette contagion, lorsque certaines de ces collectivités très modestes enregistrent de grandes séries de suicides réussis, de tentatives de suicide ou d'autres comportements suicidaires.

Une solution à ce problème consiste en une approche stratégique à laquelle participent à la fois la collectivité et les jeunes. C'est l'une des clés de la solution.

En ma qualité de non Autochtone et d'étranger qui travaille dans ces collectivités depuis quinze à vingt ans, je peux vous confirmer que nos solutions euro-canadiennes ne valaient rien pour les collectivités des Premières nations. Il nous faut être créatifs et repenser notre approche relativement au grave problème du suicide.

Nous souhaitons avoir l'appui d'une stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones, dont a déjà parlé Santé Canada. Cette mesure, qui s'est déjà trop fait attendre, est un pas dans la bonne direction. La stratégie doit être jumelée à un système intégré de services santé mentale et de toxicomanie. C'est ce qui nous manque à la fois au Canada dans son ensemble et dans les collectivités des Premières nations en particulier. Si on regarde l'évolution des ressources autochtones, on peut constater qu'elle a été très fragmentée et qu'elles n'ont pas été concentrées pour faire un système cohérent. Le système manque de soutien financier et de ressources pour pouvoir résoudre les problèmes.

The linkages and the networks need to focus on both the non-native health care system and the traditional health care system within Aboriginal communities, including the use of traditional healers and other community-based helpers.

Dilico developed an agency-wide protocol with guidelines and training for its 300 staff members. It developed a culturally specific suicide risk assessment and screening tool for front line employees. I believe that anyone who works in the health care system as well as in education, policing, et cetera, should have suicide prevention training because these folks meet people who are suicidal.

The national Aboriginal suicide prevention strategy is a five-year plan with funding for a five-year period. One of our greatest concerns is the sustainability of the program; it needs to be linked with some long-term planning and this will be the key to success. If we just think this will be our solution, it will not be effective.

I would also like to speak to the fact that the research that has become available through the Canadian Institute of Health Research, specifically on Aboriginal suicide, is an excellent step in the right direction. It will confirm that Aboriginal communities have the solutions to their own success.

Sheila Levy, President, Nunavut Kamatsiaqtut Help Line: Much of what I handed out I will comment on. I know I only have six minutes to speak but there is much more to say.

The Chairman: I will not cut you off.

Ms. Levy: I have been involved in community health and education in Nunavut for 27 years. I have been involved with suicide prevention and help lines and training, and I have been a psychologist/counsellor as well.

All levels of government would like Nunavut to become more economically viable; and there is an interesting parallel to the experiences in Africa and other Third World countries.

For the longest time, it has been maintained that a stable economy serves as a platform for good physical and mental health, however, there is a growing consensus that this really is not the case and that good health may be necessary for the economic health of any community, territory or country. I believe this is true for Nunavut.

You are aware of most of the issues, but in my experience the significant issue for the Inuit is a lack of coping skills, which has resulted in high suicide rates, addiction, substance abuse, violence and high crime rates.

Survival no longer means just surviving in a harsh environment; it means survival of life and coping with the difficulties of life and all the changes that have occurred in a short period of time. The whole concept of survival is different now and the Inuit must develop new coping skills to deal with the change.

Les liens et les réseaux doivent se concentrer à la fois sur le système de santé non autochtone et le système de santé traditionnel dans les collectivités autochtones, y compris le recours aux guérisseurs traditionnels et à d'autres aidants communautaires.

Dilico a établi un protocole pour tout l'organisme, avec des lignes directrices et une formation pour ses quelque 300 employés. L'organisation a conçu un outil axé sur la culture pour l'évaluation et le dépistage du risque de suicide, pour ses employés de première ligne. Je pense que quiconque travaille dans le système de santé, le système d'éducation, les services de police, etc., devrait avoir une formation en prévention du suicide, parce que ces gens-là rencontrent des gens qui sont suicidaires.

La stratégie nationale de prévention du suicide est un plan quinquennal, assorti d'un financement pour cinq ans. L'un de nos plus grands soucis, c'est la viabilité du programme; il doit être appuyé par une planification à long terme, qui sera la clé du succès. Si nous pensons qu'il constitue toute la solution, il sera sans efficacité.

Je tiens aussi à dire que la recherche qui est devenue accessible grâce aux Instituts de recherche en santé du Canada, particulièrement sur le suicide autochtone, est un excellent pas dans la bonne direction. Elle confirmera que les collectivités autochtones ont les solutions qui peuvent assurer leur prospérité.

Sheila Levy, présidente, Nunavut Kamatsiaqtut Help Line : Je compte commenter le contenu des documents que j'ai distribués. Je sais que je n'ai que six minutes, mais il y aurait bien plus à dire.

Le président : Je ne vous interromprai pas.

Mme Levy : J'œuvre au sein des services de santé et d'éducation communautaires au Nunavut depuis 27 ans. J'ai participé à des lignes d'écoute et à la formation pour la prévention du suicide, et je suis aussi psychologue et conseillère.

Tous les niveaux de gouvernement aimeraient bien que le Nunavut devienne plus autonome au plan économique; il y a un parallèle intéressant avec ce qu'ont vécu l'Afrique et d'autres pays du Tiers monde.

Depuis très longtemps, on maintient qu'une économie stable est l'assise d'une bonne santé physique et mentale, mais on se rend de plus en plus compte que ce n'est pas vraiment le cas, et qu'une bonne santé peut être indispensable à la bonne tenue de l'économie de n'importe quelle collectivité, de n'importe quel territoire ou pays. Je pense que c'est le cas du Nunavut.

Vous connaissez la plupart des problèmes, mais selon mon expérience, le grand problème pour l'Inuit, c'est le manque d'habileté d'adaptation; c'est lui qui est à la source de taux élevés de suicides, de toxicomanie, de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, de violence et de criminalité.

Survivre, ce n'est plus seulement que de survivre dans un environnement rigoureux; c'est la survie de la vie, faire face aux difficultés de la vie et à tous les changements survenus en une courte période. Tout le concept de la survie est différent, maintenant, et les Inuits doivent acquérir de nouvelles habiletés d'adaptation pour composer avec le changement.

There is a need for increased awareness of the importance of healthy relationships. The importance of healthy relationships was important to the Inuit family but many of these facets are not used today in raising children and grandchildren.

Mr. Devlin mentioned suicide, and we have a very high suicide rate. The breakup of a relationship often leads to suicide and it is important to focus on mental health and the ups and downs of relationships.

Poverty, crime, violence, addictions, all categories of abuse, overcrowded housing, alienation, abandonment and suicide are all connected to mental and physical well-being. That interconnectivity of mental health issues is often forgotten. We need to consider this when drawing up any kind of a strategy.

The person who runs one of our young offenders' institutions has young people who really do not belong there; they should be receiving mental health care because mental health issues are behind their problems. In that situation, the workers are unable to deal with the mental health problem and so the problem persists. We need other facilities and more people trained to deal with these issues within communities and institutions.

There is an extremely high rate of suicide, especially among the youth in Nunavut. As I pointed out, the rate is so high that if it were SARS or AIDS, no resource would go untapped to solve the problem. I realize it is not as easy to find solutions for suicide as it is for some physical ailment. I have to be aware of that every time I think about it; however, we need to look at that issue.

Then there is the veil of apathy. I say "veil" because there is frustration around the fact that the same small core of people in any community are the only people who organize all the positive activities. There is a belief that to some degree the communities are apathetic. It is more likely the communities are overwhelmed and see little hope for the future. In times of great stress and distress, they often overlook stories of success. We need to look at stories of success.

I have some general suggestions for solutions and some of them reflect Mr. Devlin's remarks. Any mental health activity needs to reflect engagement at the community level. Integral to this is the strengths-based approach. I believe in looking for what is good and what works as opposed to what has not worked. We all know what has not worked, but there are things keeping people alive and we need to find out what they are and build on them.

Any mental health model needs to reflect cultural and social realities. Looking backward in rose-coloured glasses has not helped. Inuit want the best of both worlds in which they live. Many Inuit with whom I work and whom I know well have

Il faut une prise de conscience généralisée de l'importance des relations saines. Les relations saines étaient importantes pour la famille inuite, mais bon nombre de ces principes ne sont plus appliqués de nos jours pour élever les enfants et les petits enfants.

M. Devlin a parlé du suicide, et nous affichons un taux élevé de suicide. La rupture d'une relation mène souvent au suicide, et il est important de se concentrer sur la santé mentale et sur les hauts et les bas des relations.

La pauvreté, la criminalité, la violence, les toxicomanies, toutes les catégories d'abus, les logements bondés, l'aliénation, l'abandon et le suicide ont tous rapport avec le bien-être mental et physique. Cette interrelation des enjeux de la santé mentale est souvent négligée. Il nous faut y penser quand on essaie de formuler une stratégie, quelle qu'elle soit.

La personne qui dirige l'un de nos établissements de jeunes délinquants s'occupe de jeunes qui n'ont vraiment pas leur place là; ils devraient recevoir des soins de santé mentale parce que les troubles de santé mentale sont à la source de leurs problèmes. Dans ces cas-là, les travailleurs ne sont pas équipés pour composer avec les troubles de santé mentale, donc ceux-ci persistent. Il nous faut d'autres installations, d'autres personnes formées pour composer avec ces problèmes dans les collectivités et les institutions.

Il y a au Nunavut un taux extrêmement élevé de suicides, particulièrement chez les jeunes. Je l'ai déjà dit, ce taux est tellement élevé que si c'était le SRAS ou le sida, aucune ressource ne resterait inexploitée pour tenter de résoudre le problème. Je sais bien qu'il n'est pas facile de trouver des solutions au suicide comme ce peut l'être pour un mal physique. Je dois me le rappeler chaque fois que j'y pense; il n'empêche que nous devons nous pencher sur ce problème.

Et puis il y a le voile de l'apathie. Je dis « voile », à cause de la frustration que suscite le fait que c'est toujours le même petit noyau de personnes, dans n'importe quelle collectivité, qui organise toutes les mesures positives. On a l'impression que dans une certaine mesure, les collectivités sont apathiques. Il est plus probable qu'elles se sentent dépassées et ont très peu d'espoir dans l'avenir. En périodes de grand stress et de détresse, elles tendent souvent à ne pas voir les exploits réalisés. Ce qu'il nous faut, c'est nous intéresser à ces exploits.

J'ai des suggestions de solutions d'ordre général, et certaines reflètent les observations de M. Devlin. N'importe quelle activité liée à la santé mentale doit refléter un engagement au niveau communautaire, et l'approche fondée sur les points forts doit en être un élément fondamental. Je crois dans la force de l'observation de ce qui est bon et de ce qui fonctionne, plutôt que de ce qui n'a pas fonctionné. Nous savons tous qu'est-ce qui n'a pas fonctionné, mais il y a des choses qui gardent les gens en vie, il nous faut savoir ce que c'est, et fonder notre approche sur ces conclusions.

N'importe quel modèle de santé mentale doit refléter les réalités culturelles et sociales. Une rétrospective au travers d'une lentille rose n'a pas été bien utile. Les Inuits veulent le meilleur de chacun des deux mondes où ils vivent. Bien des Inuits avec qui j'ai

pointed this out to me. They want evidence-based methods and approaches integrated with Inuit beliefs, ways and cultural knowledge.

Assumptions of cultural appropriateness must be exchanged for realistic and evidence-based best cultural practices, understanding that this is very difficult as individuals differ greatly on these definitions.

People involved in overseeing the development, implementation, and monitoring of a strategy should be local people working in the area, who have some knowledge as to what will and will not work. These people should not be political; I think you know what I mean. This happens too much everywhere and certainly in Nunavut.

Many programs targeting mental health are fragmented and this approach has had little success.

There is a tendency to view suicide, violence, addictions, abuse and mental health as separate issues. These problems receive separate funding while we should address the underlying commonalities in these issues.

Any strategy must include capacity-building activities for people already in the field or people who want to go into it, and for southerners who are living up north or who have lived there for many years. My three children were born and brought up there and work there now, having finished college and university down here.

Everyone, especially southerners, who come out need Inuit-specific awareness of values and beliefs and northern orientation. There has to be capacity-building for Inuit who have lived there all their lives and other people who have lived and have dedicated their lives to working in the North. Capacity-building is important everywhere, especially within the small communities.

I realize we are all on the same page in some respects. We need to develop protocols at all levels of government to identify high-risk individuals, to monitor them and be prepared to do outreach and prevention work. Protocols enable our communities and caregivers to act, mobilize, prevent, intervene or perform follow up services concerning trauma and death. It also allows us to identify, consult, and utilize second-tier natural and lay caregivers.

There is a need for health and social services to work together, raise their own awareness, stay current and spread information on how to deduce, monitor, intervene and follow up as a part of a strategy complete with the above protocols.

Tell me when you want me to stop, because I could go on forever.

travaillé et que je connais bien me l'ont affirmé. Ils veulent des méthodes fondées sur les preuves et des approches intégrées aux croyances inuites, à leur mode de vie et à leur culture.

Les postulats de pertinence culturelle doivent être remplacés par des pratiques culturelles exemplaires réalistes et fondées sur les preuves, et nous devons comprendre aussi que c'est très difficile, les définitions qu'assigne à ces concepts étant très différentes les unes des autres.

Les gens qui supervisent l'élaboration, la mise en oeuvre et la surveillance d'une stratégie devraient être des gens de l'endroit, qui travaillent dans le domaine, qui ont certaines connaissances de ce qui peut fonctionner ou non. Ces gens-là ne devraient pas avoir de parti pris politique; je pense que vous savez ce que j'entends par là. C'est trop fréquent, partout, et pas moins au Nunavut qu'ailleurs.

Bien des programmes qui ciblent la santé mentale sont fragmentés, et cette approche n'a eu que très peu de succès.

On a tendance à voir le suicide, la violence, les toxicomanies, les abus et la santé mentale comme des problèmes distincts les uns des autres. Les enveloppes budgétaires distinctes sont attribuées à chacun d'eux, alors que nous devrions d'abord régler les éléments communs sous-jacents de ces enjeux.

Toute stratégie doit prévoir des activités de renforcement de la capacité pour les gens qui oeuvrent déjà dans le domaine, ou des gens qui veulent s'y engager, et pour les gens du Sud qui vivent dans le Nord ou qui y ont vécu de nombreuses années. Mes trois enfants sont nés et ont grandi là-bas et y travaillent maintenant, après avoir faits leurs études collégiales et universitaires ici.

Tout le monde, particulièrement les gens du Sud qui vont au Nord, tout le monde a besoin d'être sensibilisés aux valeurs et aux croyances particulières inuites, et d'une orientation relativement au Nord. Il faut un renforcement de la capacité pour les Inuits qui ont vécu là-bas toute leur vie et pour d'autres qui ont vécu dans le Nord et y ont voué toute leur vie professionnelle. Le renforcement de la capacité est important partout, et encore plus dans les petites collectivités.

Je sais bien que nous voyons les choses de la même façon à certains égards. Il nous faut concevoir des protocoles à tous les niveaux de gouvernement pour recenser les personnes à haut risque, les surveiller et être prêts à prendre des mesures de sensibilisation et de prévention. Les protocoles permettent à nos collectivités et à nos soignants d'agir, de mobiliser, de prévenir et d'intervenir, ou encore de fournir des services de suivi relativement aux traumatismes et à la mort. Ils nous permettent de recenser, de consulter et d'exploiter des soignants naturels de deuxième niveau et des soignants non professionnels.

Il est indispensable que les services de santé et les services sociaux travaillent de concert, fassent leurs propres activités de sensibilisation, se tiennent au courant de la situation et diffusent l'information sur la manière de repérer, de surveiller, d'intervenir et d'offrir un suivi dans le cadre d'une stratégie connexe aux protocoles dont je viens de parler.

Dites-moi quand vous voulez que j'arrête, parce que je pourrais continuer indéfiniment.

I have suggestions for all the different areas that you have suggested, such as the federal government and provincial government. Do you want other people to take over?

The Chairman: Yes, please. I have some questions.

Ms. Levy: I want to mention a marketing campaign to promote culturally-aproached messages of wellness, stressing early help-seeking behaviours, reaching out prevention, stigma lessons, et cetera. These are general points and you have a copy of the specific points.

James Morris, Executive Director, Nodin Counselling Services: Honourable senators, thank you for inviting me here today.

My comments will be brief, but I want to table these documents with the committee because they come from 20 years of experience dealing with social problems in our area.

I am the executive director of the Sioux Lookout First Nations Health Authority. I would like to note that our chair is here as an observer.

There are 32 First Nations communities located in the area of the map that I have included in my presentation. The area circled is northwestern Ontario. Most of the First Nations communities are isolated.

The Sioux Lookout First Nations Health Authority delivers a number of health programs to that region, and one of them is the Nodin Child and Family Intervention Services, which is the program that delivers mental health services to First Nations.

Please turn to the chart of suicide statistics. You will notice that from 1986 to today — almost 20 years — we have had 292 suicides that have affected about 28 communities. What this particular chart does not say is that about 90 per cent of those victims are young men between the ages of 15 and 25. We will touch on that later.

On the next page, you will see the chart that shows you where the numbers have gone. The statistics from the 1920s and 1930s indicate that there were suicides but suicides that did not follow a pattern. Starting in about 1986, a pattern emerged where an identifiable group of people, namely, young Aboriginal men living in isolated reserves, started committing suicide in large numbers, in clusters.

We are still there today. The worst year was 2000 when we had 26 suicides in one year. In one community of 2,000 people, there were four suicides in one weekend. That same community just had two suicides on the same day last week. They are still struggling with that tragedy.

J'ai des suggestions à faire pour tous les différents éléments dont vous avez parlé, comme le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial. Voulez-vous que d'autres personnes prennent la suite?

Le président : Oui, s'il vous plaît. J'ai des questions à poser.

Mme Levy : J'aimerais parler d'une campagne de promotion, pour la diffusion de messages culturellement adaptés de bien-être, qui insistent sur les comportements d'appel précoce à l'aide, la sensibilisation et la prévention, les leçons sur les stigmates, etc. Ce sont ici des éléments généraux, et vous avez le document des éléments détaillés.

James Morris, directeur exécutif, Nodin Counselling Services : Honorables sénateurs, merci de m'avoir invité ici aujourd'hui.

Je serai bref, mais je veux remettre ces documents au comité, parce qu'ils sont le fruit de 20 ans d'observation des problèmes sociaux dans notre région.

Je suis le directeur exécutif de l'autorité sanitaire de la Première nation Sioux Lookout. J'aimerais signaler que notre président est ici, en tant qu'observateur.

Il y a 32 collectivités des Premières nations dans la région dont je vous ai remis la carte. Le secteur encerclé est le nord-ouest de l'Ontario. La plupart des collectivités des Premières nations sont isolées.

L'autorité sanitaire de la Première nation Sioux Lookout offre divers programmes de santé dans la région, et l'un d'eux offre des services d'aide à l'enfance et à la famille, le Nodin Child and Family Intervention Services; c'est celui-là qui offre des services de santé mentale aux Premières nations.

Je vous invite à passer au graphique sur les statistiques relatives au suicide. Vous remarquerez que de 1986 à aujourd'hui — près de 20 ans — nous avons eu 292 suicides, dans quelque 28 collectivités. Ce que ne dit pas ce graphique particulier, c'est que près de 90 p. 100 de ces victimes sont des jeunes hommes de 15 à 25 ans. Nous en reparlerons plus tard.

À la page suivante, vous verrez un graphique qui illustre l'évolution des statistiques. Les statistiques de 1920 à 1930 indiquent qu'il y avait des suicides, mais sans qu'on puisse y voir une tendance particulière. Depuis environ 1986, une tendance s'est amorcée, où on voit un groupe de personnes identifiables, soit les jeunes hommes autochtones vivant dans des réserves isolées, qui ont commencé à se suicider en grand nombre, en grappes.

Nous en sommes encore là aujourd'hui. La pire année, c'était en 2000, quand il y a eu 26 suicides en une seule année. Dans une seule collectivité de 2 000 habitants, il y a eu quatre suicides en une fin de semaine. Cette même collectivité vient juste d'enregistrer encore deux suicides le même jour, la semaine dernière. Elle est encore en train d'essayer de se relever de cette tragédie.

The national rate for suicide for young people in Canada is 0 to 14.9 per 100,000. In some of our communities, the rate is 42.5 per 100,000. The suicide rate is 398 per 100,000 in the age group 15 years to 19 years. The national average is 12.9 per 100,000.

I will not go through the figures with you. The most disturbing figure is the 15 to 19 age group where the figure is 31 times the national rate. Again, that figure is way off the chart. That gives you an idea of our problem with suicide rates.

The next chart shows that under age-specific suicide rates our area is 47 times the national rate.

The next chart shows the suicide rate for all ages by years. From 1986-05, it jumps up to 106 per 100,000, whereas the national average remains the same at 15 per 100,000. I was not able to get all the figures for all Ontario and all First Nations, but the highest rate is in our area at 465 per 100,000. Our area has been struggling with high rates of suicide for the last 20 years.

The next chart shows one particular community. These are the national rates compared to all age groups over the five-year periods. You will see the Sioux Lookout First Nation national column, yet you cannot even see the Ontario column. The large blocks represent the national Aboriginal rate. The column on the extreme right represents one of our communities. It has the highest suicide rate anywhere because it is way past the 450 mark.

That particular community had the highest suicide rate until 1999 until it started a series of suicide prevention programs with the help of an intergovernmental committee started in Thunder Bay. The committee agreed to do business in a new way, which allowed that community to do what it felt needed to do to stop the suicides.

It is very expensive. I think I already poured about \$300,000 a year into that one community. I am not completely sure of everything they have done, but the point is — I knock on wood every time I say this — they have not had one suicide since 1999. They have had attempts, but no completed suicides.

I am very familiar with that community and so is Mr. Devlin, but I still do not fully understand everything they have done. Maybe they have not told us everything, but that is a hopeful sign and it is probably one of the most successful communities in that area for suicide prevention.

I do not need to talk about the environment in which these people live; they live in debilitating poverty in remote communities. It is the same story in any remote area where people are poor. The environment is the same in all First Nations communities. I never think of a reserve as the normal

Le taux national de suicide chez les jeunes au Canada est de 0 à 14,9 par 100 000 habitants. Dans certaines de nos collectivités, c'est 42,5 par 100 000 habitants. Le taux de suicide est de 398 par 100 000 habitants dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans. La moyenne nationale est de 12,9 par 100 000 habitants.

Je ne vais pas passer en revue tous les chiffres avec vous. Le plus inquiétant, c'est le groupe d'âge de 15 à 19 ans, pour lequel la statistique est de 31 fois celle du taux national. Encore une fois, c'est bien plus qu'ailleurs. Cela vous donne une idée de notre problème avec les taux de suicides.

Le graphique suivant montre qu'en matière de taux de suicide chez des groupes d'âge particulier, dans notre région, nous affichons un taux 47 fois plus élevé que le taux national.

Le graphique suivant illustre les taux de suicide pour tous les âges, par année. Depuis mai 1986, le taux a fait un saut à 106 par 100 000 habitants, tandis que la moyenne nationale reste la même, à 15 pour 100 000 habitants. Je n'ai pas pu obtenir tous les chiffres pour l'ensemble de l'Ontario et toutes les Premières nations, mais le taux le plus élevé est dans notre région, avec 465 suicides par 100 000 habitants. Notre région affiche un taux élevé de suicide depuis 20 ans.

Le graphique suivant concerne une collectivité particulière. On voit les taux nationaux comparativement à tous les groupes d'âge sur des périodes de cinq ans. On voit bien la colonne nationale de la Première nation Sioux Lookout, mais on n'aperçoit même pas la colonne de l'Ontario. Les hautes colonnes représentent le taux national chez les Autochtones. Celle de l'extrême droite représente l'une de nos collectivités. C'est elle qui affiche le plus haut taux de suicide toutes catégories confondues, parce qu'elle a dépassé de loin la marque des 450.

Cette collectivité particulière a affiché le plus haut taux de suicide jusqu'en 1999, année où elle a lancé un programme de prévention des suicides avec l'aide d'un comité intergouvernemental mis sur pied à Thunder Bay. Le comité s'est entendu sur une approche novatrice, en permettant à cette collectivité de faire ce qu'elle jugeait nécessaire pour mettre fin à cette vague de suicides.

C'est très coûteux. Je pense avoir déjà versé quelque chose comme 300 000 dollars par année dans cette seule collectivité. Je ne sais pas exactement comment ils s'y sont pris, mais le fait est — je touche du bois chaque fois que je dis cela — qu'ils n'ont pas eu un seul suicide depuis 1999. Il y a bien eu des tentatives, mais aucun suicide en tant que tel.

Je connais très bien cette collectivité, et M. Devlin aussi, mais je ne sais toujours pas exactement ce qu'ils ont fait. Peut-être ne nous ont-ils pas tout dit, mais cela donne espoir, et c'est probablement l'une des collectivités qui a le mieux réussi à prévenir le suicide.

Je n'ai pas besoin de parler de l'environnement dans lequel vivent ces gens; ils vivent dans une pauvreté débilatante, dans des collectivités isolées. C'est la même histoire dans n'importe quelle région isolée, où les gens sont pauvres. Le contexte est le même dans toutes les collectivités des Premières nations. Je ne pense

environment for First Nations people. The normal environment — the one I grew up in — was to wander all over the land with total access to all the land and resources.

My father was a professional hunter and trapper. My mother was a professional in her way as she was able to run a camp, make moosehide, clothes, nets and so forth. You name it; she could make it. We were totally self-sufficient on the land. My parents raised seven of us in that way.

My life has changed, I can hunt a little bit, but I cannot trap. I cannot survive like that. With respect to the values, some people call them the “seven sacred teachings.” My mom and dad did not call them that; they called them truth, honesty, love, caring, sharing, respect for people and for the land. That is what sustained me.

My grandchildren and the children coming after that have even less, so that the cumulative effect of change and colonization, or whatever you want to call it, becomes more extreme with each generation that follows.

The children we are talking about now have nothing to sustain them, not an ideal, a value or a belief. They live in grinding, debilitating poverty day after day after day. I am not surprised they kill themselves when they are 14. I had something to sustain me, but they do not.

If they have a mental health problem, suffer from sexual abuse, or see visions — psychiatrists call them “hallucinations” — they are told they are crazy.

At my age, if I saw a hooded figure, which is what they all talk about, and I went to Mr. Devlin and he told me I was crazy that would finish me. You can imagine these eight and nine-year-old kids having these visions. I do not know the real answer to those hallucinations. It is all in the mind, I guess, but to these kids it is very real.

What I do not have and what I need is a good mental health service that can reach these kids early on, or at least know that, if their mother, father, or grandmother tells them not to talk crazy, they can come to us and we can help. That is what we need. That is what we are trying to build with the service.

It is hard for people who are not touched by these types of things to fully understand what they mean. However, like that one community that I talked about, the number of suicides it had would be the equivalent of 100,000 people committing suicide in Toronto every year. I do not know if they do or not, I hope not. I am sure that would be noticeable. I am sure that the people in Toronto would do something about that type of crisis. In Ottawa, it would be 35,000 people a year committing suicide. I think people would notice it and do something about it.

The documents that I have attached are recommendations from the youth forum, a commission of young people in the communities who tried to find out why young people are

jamais à une réserve comme à un environnement normal pour les peuples des Premières nations. L'environnement normal — celui dans lequel j'ai grandi — est celui où on peut se promener le nez au vent partout sur les terres, et avoir un accès illimité aux terres et aux ressources.

Mon père était chasseur et trappeur professionnel. Ma mère était une professionnelle en son genre, puisqu'elle pouvait diriger un camp, tanner une peau d'orignal, faire des vêtements, des filets, et tout cela. Il n'y avait rien qu'elle ne pouvait pas faire. Nous étions tout à fait autonomes sur les terres. Nous avons été sept frères et sœurs à grandir ainsi.

Ma vie a changé. Je peux chasser un peu, mais pas trapper. Je ne pourrais pas survivre comme ça. Pour ce qui est des valeurs, certains les appellent les « sept enseignements sacrés ». Ma mère et mon père ne les appelaient pas ainsi; ils les appelaient la vérité, l'honnêteté, l'amour, la compassion, le partage, le respect d'autrui et de la terre. C'est ce qui m'a soutenu.

Mes petits-enfants et les enfants qui viendront après ont encore moins, et ainsi l'effet cumulatif du changement de la colonisation, ou quelque soit le nom que vous voulez lui donner, prend plus d'ampleur à chaque génération qui passe.

Les enfants dont nous parlons maintenant n'ont rien pour les soutenir, pas d'idéaux, pas de valeurs ou de croyances. Ils vivent dans une pauvreté déchirante et débilite, jour après jour. Je ne suis pas étonné qu'ils veuillent mourir quand ils ont 14 ans. J'avais quelque chose pour me soutenir, pas eux.

S'ils ont un problème de santé mentale, s'ils souffrent des abus sexuels subis, ou ont des visions — les psychiatres appellent cela des « hallucinations » — on leur dit qu'ils sont fous.

À mon âge, si je voyais une silhouette capuchonnée, et c'est tout ce dont ils parlent, si j'allais voir M. Devlin et qu'il me disait que je suis fou, je serais fini. Vous pouvez bien imaginer ces enfants de huit et de neuf ans qui ont ces visions. Je ne connais pas la réponse réelle à ces hallucinations. Tout est dans la tête, je suppose, mais pour ces enfants-là, c'est très réel.

Ce que je n'ai pas, et qu'il me faut, c'est un bon service de santé mentale qui peut intervenir très tôt auprès de ces enfants, ou à tout le moins qu'ils puissent savoir que si leur père, leur mère ou leur grand-mère leur dit de ne pas raconter de folies, qu'ils peuvent venir nous voir et que nous pouvons les aider. C'est ça qu'il nous faut. C'est ce que nous essayons de créer avec le service.

Il est difficile pour des gens qui ne vivent pas près de ce genre de choses de tout à fait comprendre leur sens. Il n'en reste pas moins qu'avec le nombre de suicides de cette collectivité dont j'ai parlé, ce serait l'équivalent de 100 000 suicides à Toronto chaque année. Je ne sais pas s'il y en a tant que cela, mais j'espère bien que non. Je suis sûr qu'on le remarquerait. Je suis sûr que les gens de Toronto feraient quelque chose s'il y avait ce type de crise. À Ottawa, ce serait 35 000 personnes chaque année qui commettraient le suicide. Je pense que la population le remarquerait et réagirait.

Les documents que j'ai joints aux premiers renferment des recommandations qui émanent du forum des jeunes, une commission de jeunes gens des collectivités qui ont essayé de

committing suicide. They talk about hope and dealing with poverty, sexual abuse, family violence, community infrastructure and meaningful employment.

I have included a coroner's inquest from 1997 on a young girl who committed suicide after being in the system for several years. I think that inquiry not only reaffirms the youth forum recommendations, but it also challenges us to find different ways of doing business to help these young people.

The intergovernmental committee that I mentioned earlier was a response to that inquest because we wanted to start working and finding out how we could better work with our young people.

We also did an inventory of services for children in our area. During that process, we tracked one kid living on a reserve. We followed where he would go to get help, and he kept falling through the cracks.

The classic example is in terms of provincial services. Ontario had a program called Integrated Services for Northern Children, and that is where our kids go to get service for things like speech pathology et cetera. They get help, however they had a clause that said "except for status Indians living on reserve." When the kid got to that point, he fell through the cracks. The result is that in all in this talking about jurisdiction the kid did not get the help he needed.

We are trying to build a service that will focus on the kids and it is very hard to do. If you read that inventory of services, you realize what is available and what we can do to help these kids and young people.

We are in the third year of our five-year plan. Odin has been in existence since 1991 as a constant service for adults. Mr. Devlin worked there for five or so years.

In 2002-03, the intergovernmental committee asked us to merge Nodin with the provincial CFI service to create one comprehensive, mental health service for adults and children in our area. We are in the early stages of that process. Frankly, that area did not have service until 2002 and anyone in need of services would have to travel away from home to get the service.

I wish there was some way that we could accelerate our five-year plan. I learn about children with problems every day and I just do not know what to offer them. They have nothing. The only thing you can do is send them somewhere, to Winnipeg, Thunder Bay or Ottawa, but that means uprooting the kids and their families and creating other problems.

We need to develop a service quickly so that these kids can get service when they need it. I am focusing on kids. We have been dealing with adults for the last 30 years, and we will continue to

cerner pourquoi les jeunes se suicident. Ils parlent d'espoir, de composer avec la pauvreté, les abus sexuel, la violence familiale; ils parlent d'infrastructure communautaire et d'emplois intéressants.

J'ai ajouté à cela le rapport du coroner, qui date de 1997, à propos d'une jeune fille qui s'est suicidée après avoir été dans le système pendant plusieurs années. Je pense que cette enquête non seulement appuie les recommandations du forum des jeunes, mais elle nous met aussi au défi de trouver des moyens différents d'agir pour aider ces jeunes gens.

Le comité intergouvernemental dont j'ai parlé tout à l'heure a été créé en réaction à cette enquête, parce que nous voulions commencer à travailler et à trouver des moyens de mieux travailler avec nos jeunes.

Nous avons aussi fait un inventaire des services offerts aux jeunes dans notre région. Dans le cadre de cette démarche, nous avons observé un jeune vivant dans une réserve. Nous avons pris dont d'où il s'adressait pour obtenir de l'aide, et il n'arrêtait pas de glisser entre les fentes du système.

L'exemple classique est celui de services provinciaux. L'Ontario avait un programme, appelé Services intégrés pour les enfants du Nord, et c'est à lui que s'adressent nos jeunes pour obtenir des services pour des choses comme la pathologie de la parole et d'autres troubles. Ils peuvent obtenir de l'aide, mais il y a une clause qui précise « sauf pour les Indiens inscrits qui vivent en réserve ». Lorsque l'enfant arrivait à un certain point, il glisse entre les fentes du système. Le résultat, c'est qu'avec toutes ces histoires sur les compétences, l'enfant n'a pas reçu l'aide dont il avait besoin.

Nous essayons de créer un service qui sera axé sur les enfants, et c'est très difficile à faire. Si vous lisez cet inventaire des services, vous comprendrez ce qui est disponible, et ce que nous pouvons faire pour aider ces enfants et ces jeunes.

Nous en sommes à la troisième année de notre plan quinquennal. Nodin existe depuis 1991 en tant que service constant pour les adultes. M. Devlin y a travaillé pendant quelque chose comme cinq ans.

En 2002-2003, le comité intergouvernemental nous a demandé de fusionner Nodin avec le service CFI provincial pour créer un service global de santé mentale pour les adultes et les enfants de notre région. Nous en sommes encore aux premières étapes de ce processus. Très franchement, cette région n'a pas reçu de services jusqu'à 2002, et pour obtenir le moindre service, il fallait aller très loin de chez soi.

J'aurais bien aimé qu'il y ait un moyen d'accélérer notre plan quinquennal. J'entends parler tous les jours d'enfants qui ont des problèmes, et je ne sais tout simplement pas ce que je peux leur offrir. Ils n'ont rien. La seule chose qu'on peut faire, c'est les envoyer quelque part, à Winnipeg, à Thunder Bay ou à Ottawa, mais cela signifie qu'il faut déraciner les enfants et leurs familles, ce qui crée d'autres problèmes.

Il nous faut concevoir très rapidement un service pour que ces enfants-là puissent obtenir des services lorsqu'ils en ont besoin. Je me concentre sur les enfants. Nous nous occupons des adultes

help them as best as we can, but my focus is to work on the kids. If we can help the kids, I believe the trends will be better when those kids grow up.

Bill Mussell, Chair, Native Mental Health Association: The Native Mental Health Association of Canada is a volunteer organization that focuses on capacity building which consists of an annual training conference that attracts both Aboriginal and non-Aboriginal people.

We are at the stage in our development where we have been able to get some funding to do some organizational and reorganization development work. It looks like we will expand the scope of our roles and responsibilities and begin to undertake some of the research that is necessary concerning mental health challenges within our communities.

I was able to join this morning's committee and the discussion about education, in particular the notions of cultural continuity and connectivity that Chief Shawn Atleo and Dr. Valaskakis mentioned, inspired me.

Cultural continuity and connectivity are extremely important in terms of the information that we require as infants and young children if we are going to grow up with a relatively secure personal and cultural identity. My concern is that since the beginning of our modern history formal education has displaced non-formal, informal and incidental education.

The discussion this morning focused on formal education, and I think we tend to forget the tremendous importance of non-formal teaching and learning activities that take place within families, other social groups and within communities.

In the late 1960s, when I began my community education work with home school coordinators they were saying that parents were not assuming or taking any responsibility for the education of their children. The parents would say to the worker, "It is your job; you are being paid; you look after my child who is having difficulty in the school system."

That in many ways reflects some of the reality we live with today and the tremendous dependence on the paid worker to assume responsibilities that otherwise would have been responsibilities of parents. The creation of reserves and the establishment of residential schools that housed five or six consecutive generations of our people lead to a tremendous discontinuity in our culture.

In the study of healing and language, professionals in that field make the point that schools are there in terms of learning traditional or other languages to supplement and complement the teachings within the family system. They are not there to provide the lead and to find some way of engaging parents in the

depuis 30 ans, et nous allons continuer de les aider de notre mieux, mais je me concentre sur les enfants. Si nous pouvons aider les enfants, je pense que les tendances vont devenir plus positives quand ces enfants-là vont grandir.

Bill Mussell, président, Native Mental Health Association : La Native Mental Health Association of Canada est un organisme bénévole qui se concentre sur le renforcement de la capacité, en tenant notamment une conférence formation annuelle à laquelle participent tout autant des Autochtones que des non-Autochtones.

Nous en sommes au point de notre évolution où nous avons pu obtenir du financement pour faire du travail de développement organisationnel et de réorganisation. Il semble bien que nous allons accroître la portée de nos rôles et responsabilités et nous atteler à certaines des recherches qu'il est nécessaire de faire sur les enjeux de la santé mentale dans nos collectivités.

J'ai pu assister à l'audience du comité, ce matin, et à la discussion sous l'éducation, en particulier sur la notion de continuité culturelle et de connectivité dont ont parlé le chef Shawn Atleo et la Dre Valaskakis, et j'en ai été inspiré.

La continuité culturelle et la connectivité sont extrêmement importantes pour ce qui est de l'information qu'il faut aux nouveaux nés et jeunes enfants pour pouvoir grandir avec une identité personnelle et culturelle relativement bien assurée. Ce qui me préoccupe, c'est que depuis le début de notre histoire moderne, l'éducation formelle a mis au banc l'éducation non formelle, informelle et ponctuelle.

La discussion de ce matin était centrée sur l'éducation formelle, et je pense que nous avons tendance à oublier l'énorme importance de l'enseignement non formel et des activités d'apprentissage qui se font dans les familles, d'autres groupes sociaux et dans les collectivités.

À la fin des années 1960, quand j'ai entrepris mon travail d'éducation communautaire avec des coordonnateurs de l'enseignement à domicile par les parents, ils disaient que les parents n'assumaient pas ou n'acceptaient pas de responsabilité pour l'éducation de leurs enfants. Les parents disaient aux travailleurs: « C'est votre boulot; c'est pour ça qu'on vous paye; occupez-vous de mon enfant qui éprouve des difficultés dans le système scolaire. »

Cette attitude, à bien des égards, reflète certaines des réalités que nous connaissons aujourd'hui, et l'énorme dépendance sur le travailleur rémunéré pour assumer des responsabilités qui, autrement, auraient été celles des parents. La création des réserves et l'établissement d'écoles résidentielles par lesquelles sont passées cinq ou six générations consécutives de nos peuples ont causé une phénoménale discontinuité dans notre culture.

Dans l'étude sur la guérison et le langage, des professionnels du domaine ont fait remarquer que les écoles sont là pour enseigner les langues traditionnelles ou autres en guise de complément et de supplément à l'enseignement qui se fait dans le giron familial. Elles ne sont pas censées prendre la direction des choses et pour

education of the children who are expected to learn that language. There is an important message there.

In most of the cases regarding the preservation or the protection of our traditional languages, we expect the schools to do the job that only parents, and other people in our family systems familiar with the language can do. Schools cannot do the job, but they can help us do it as parents, grandparents and so on. That, to me, emphasizes the tremendous importance of non-formal education.

I think of what I learned on the fishing grounds. I learned about fixing nets, catching salmon, cutting it up and hanging it to dry. I received that education in a non-formal way. The same thing applies to trapping, hunting, and many of the traditional features of our original lifestyle. Today, that seldom if ever takes place except in families where there is a strong continuity of cultural teachings. It is important to keep this teaching alive because the lack of it very much applies to the incidents of depression and suicide in our communities.

As for the concept of connectivity, we are looking at some of the culturally good ways of life that are practised by the families that live in a more traditional way in terms of being extended, social systems that are mutually supportive. It is important to recognize the tremendous relationship to Mother Earth, the connection with the land, its resources and the sacred places of that territory.

I remember when I was growing up, my dad — there are five boys and a girl in our family, all born very close together — introduced us to our boundaries and territories. He taught us about the conflicts with non-Aboriginal people concerning the reserve boundaries where the vegetables grew traditionally and naturally. He told us how that land became part of the land that was available for sale. We still have issues concerning fishing sites and the harvesting of resources.

I think that the relationship to our land is important. I wonder how many parents and grandparents bring their children to the boundaries and teach them about our past. I wonder how many children know about our sacred places.

Our cultural institutions are equally important to us. One of the most important cultural institutions is the family that represents our culture.

There are so many children in care. There are so many difficulties that many children never experience a relatively healthy, dynamic, cultural family that represents the group into which they were born.

In some communities, there are three or four groups, and people of each group do not necessarily let their children play together. Often the children who are most deprived are those who have the least opportunity to get a chance to become familiar with the fact that other families live differently. Children that acquire

trouver des moyens d'engager les parents dans l'éducation des enfants dont on attend qu'ils apprennent cette langue. C'est là un message très important.

Dans la plupart des cas se rapportant à la préservation ou à la protection de nos langues traditionnelles, nous nous attendons à ce que les écoles fassent le travail que seuls les parents et d'autres membres de notre réseau familial qui connaissent la langue, peuvent faire. Les écoles ne peuvent pas faire ce travail, mais elles peuvent nous aider à le faire en tant que parents, que grands-parents, etc. Ceci, à mon avis, fait ressortir l'énorme importance de l'éducation non formelle.

Je me rappelle ce que j'ai appris à la pêche. J'ai appris à réparer des filets, à attraper du saumon, à le fileter et à le suspendre pour le faire sécher. J'ai reçu cet enseignement d'une façon non formelle. Il en est de même pour le piégeage, la chasse, et biens des aspects traditionnels de notre mode de vie original. Aujourd'hui, cela se fait rarement, voire jamais, sauf dans les familles où il y a une solide continuité d'enseignement culturel. Il est important de préserver cet enseignement, parce que son absence a d'énormes conséquences, qui se manifestent par l'incidence de la dépression et du suicide dans nos collectivités.

Pour ce qui est du concept de la connectivité, nous observons certains des bons modes de vie culturelle qui sont pratiqués par les familles qui vivent dans un contexte plus traditionnel, en ce sens que ce sont des réseaux sociaux élargis, où règne le soutien mutuel. Il est important de reconnaître l'étroite relation avec Mère Nature, la connexion avec la terre, ses ressources et les lieux sacrés de ce territoire.

Je me rappelle, alors que j'étais enfant, quand mon père — nous étions cinq garçons et une fille dans notre famille, tous nés très près les uns des autres — nous a expliqué nos frontières et territoires. Il nous a parlé des conflits avec les non-Autochtones, au sujet des frontières de la réserve, où les légumes étaient cultivés traditionnellement et naturellement. Il nous a dit que ces terres étaient devenues parties de terres mises en vente. Nous avons encore des différends au sujet de lieux de pêche et de récolte des ressources.

Je pense que la relation avec notre terre est très importante. Je me demande combien de parents et de grands-parents amènent leurs enfants jusqu'aux frontières de leurs terres et leur enseignent notre passé. Je me demande combien d'enfants connaissent nos lieux sacrés.

Nos institutions culturelles sont tout aussi importantes pour nous. L'une des institutions culturelles les plus importantes, c'est la famille qui représente notre culture.

Tellement d'enfants sont mis en famille d'accueil. Il y a tellement de difficultés que bien des enfants ne connaissent jamais ce qu'est une famille relativement saine, dynamique et culturelle constituée du groupe au sein duquel ils sont nés.

Dans certaines collectivités, il y a trois ou quatre groupes, et des gens de chaque groupe ne laissent pas nécessairement leurs enfants jouer avec ceux des autres. Souvent, les enfants qui sont les plus démunis sont ceux qui ont le moins de possibilités de se familiariser avec le mode de vie différent d'autres familles. Les

this knowledge are able to live in greater safety with greater resources and greater support. The lack of this knowledge has a great deal to do with the phenomenon of self-destruction and, in particular, suicide.

Another important aspect of life has to do with storytelling. I do not see much storytelling in most families that have difficulties. I am trained as a high school teacher. I have taught at university. I am a trained social worker. There is not much time taken to tell stories and for children to have a chance to get in touch with their experiences. As an educator working with adults, I have discovered that many adults do not really know what they know because they are not in touch with their life experiences. They have not had an opportunity to begin to paint pictures with words, and, through painting pictures with words, get in touch with their past.

When you think about grieving, healing, and the effects of trauma, there is a process of helping people to get in touch with what happened so they can continue to grow and develop. They must get in touch with their experiences. This process can be successful when performed with people who care about them that can provide them with the safety that is necessary to begin to get in touch with the dynamics of their life.

These people have not had a chance to understand their past and because they have not had a chance to understand it, they have not been able to replace aspects of their life with healthier strategies and healthier ways and means of coping.

Indigenous knowledge is important. If we do not have the informal education and the incidental learning that the people in the community have, our children will never have a chance to get in touch with that indigenous knowledge, which provides the foundation for a secure personal and cultural identity.

The Swinomish people in Washington State, just south of British Columbia, conducted a study on the mental health of their community. The object of the study was to find the primary problem in the community, which turned out to be identity problems. The opposite of identity problems is having a relatively secure cultural and personal identity.

The notions of connectivity are all very much related to helping a person begin to know who they are, what they are, who they belong to, that they are wanted, needed and loved and that they really have a purpose because they belong to a family. It is a family with a purpose and a family that is living life in a healthy, constructive way.

The Maori and, in particular, their nursing profession has developed a strategy that, if it were used in Canada, would enrich the opportunities of our children in the public schools 1,000 per cent. The strategy relies on the underlying principles of cultural safety. The notion of cultural competency connects with that strategy.

As for points, some of them were mentioned this morning, but I will quickly review them. There definitely must be a resolution of the jurisdictional issues. Too many people are told that service

enfants qui acquièrent ces connaissances peuvent vivre plus en sécurité, avec plus de ressources et plus de soutien. La lacune de cette connaissance est pour beaucoup dans le phénomène d'autodestruction et, en particulier, le suicide.

Un autre aspect important de la vie se rapporte aux contes. Je ne vois pas souvent de contes se faire transmettre dans la plupart des familles qui éprouvent des difficultés. J'ai une formation d'enseignant au niveau secondaire. J'ai enseigné à l'université. J'ai une formation de travailleur social. Trop peu de temps est passé à raconter des histoires, pour que les enfants aient la possibilité d'être en contact avec leur passé. En tant qu'éducateur qui travaille avec des adultes, j'ai découvert que bien des adultes ne savent pas exactement ce qu'ils savent parce qu'ils ne sont pas en contact avec leurs expériences de vie. Ils n'ont pas eu la chance de pouvoir commencer à peindre des tableaux avec des mots et, en peignant des tableaux avec les mots, de se mettre en contact avec leur passé.

Quand on pense au deuil, à la guérison et aux effets des traumatismes, il y a une façon d'aider les gens à vivre ce qui s'est passé de manière à ce qu'ils puissent continuer de grandir et de se développer. Ils doivent vivre leurs expériences. Ce processus peut être fructueux s'il est réalisé avec des gens qui les aiment, capables de leur offrir la protection nécessaire pour qu'ils puissent se mettre en contact avec la dynamique de leur vie.

Ces gens-là n'ont pas eu la possibilité de comprendre leur passé et, parce qu'ils n'ont pas eu la possibilité de le comprendre, ils n'ont pas pu remplacer des aspects de leur vie par des stratégies plus saines, des modes plus sains et des moyens de faire face.

Le savoir indigène est important. Si nous n'avons pas d'éducation informelle, d'enseignement ponctuel comme doivent l'avoir les gens des collectivités, nos enfants n'auront jamais la chance d'être en contact avec ce savoir indigène, qui est l'assise d'une identité personnelle et culturelle saine.

Le peuple Swinomish, dans l'État de Washington, juste au sud de la Colombie-Britannique, a fait une étude sur la santé mentale dans sa collectivité. L'objet de l'étude était de cerner le problème principal de la collectivité, qui s'est révélé être un problème d'identité. L'opposé du problème d'identité, c'est une identité culturelle et personnelle relativement bien affirmées.

Les notions de collectivité ont toutes largement rapport avec le fait d'aider une personne à commencer à cerner qui elle est, ce qu'elle est, son appartenance, ce qu'elle veut, qu'elle est voulue et aimée, et que son existence a un but réel, parce qu'elle appartient à une famille. C'est une famille qui a un objectif, une famille qui vit la vie de façon saine et constructive.

Les Maori et, en particulier, leur infirmiers professionnels ont conçu une stratégie sur qui, si elle était appliquée au Canada, élargirait de 1 000 p. 100 l'éventail de possibilités pour nos enfants dans les écoles publiques. La stratégie est fondée sur les principes sous-jacents de l'assurance culturelle. La notion de compétence culturelle est liée à cette stratégie.

En ce qui concerne les points d'intérêt, certains ont été mentionnés ce matin, mais je vais rapidement les passer en revue. Il faut absolument résoudre les questions du territoire de

cannot be provided because it is outside of the jurisdiction of the people responsible for the agency that they have approached. That is absolutely critical. I think you have already attended to it based on what I have read.

We do need a national program and service that makes human and material resources available to all Aboriginal groups in Canada.

The education and training of Aboriginal practitioners is extremely important, but we must remember this: We have hundreds of very small communities of people that will never be able to afford to employ their own practitioners. That means, then, that other Canadians working as psychiatrists, psychologists, and clinical social workers, who happen to be of a different culture, have the background to be seen as culturally competent practitioners. That is extremely important.

It is critical that the government make the mental health of Aboriginal peoples a priority. It has never been a priority. That is a huge problem.

I am optimistic that this committee, the collaborative care initiative, and the public health round tables realize the importance of mental wellness of Aboriginal peoples. It is important that the changes happen quickly.

Stigma is a huge problem. It is not well understood. It is a problem in all health and educational systems, when it comes to Aboriginal people. I have been concerned that there has been very little research done in Canada to address that issue. I am not really sure how that might be done, but it is something that needs careful attention.

Treatment and healing of trauma came up this morning. The Aboriginal Healing Foundation has done some good work, but has only begun to touch the surface. We need to do so much more because we have a long history of oppression that has created serious consequences that many people do not understand.

The notion of integrated services is critical in our communities. Holism is an important value. We are talking about interpersonal relationships, kinship and togetherness as core values. Integrated service would honour those traditional values. If we could begin to do that, I think a tremendous difference would take place over time in terms of producing the desirable kinds of outcomes. In order to do that, we must do something about rebuilding relationships and rebuilding families. The destruction of our history and the historical depression that we suffered are far more serious than most people believe and many people do not want to believe. That is a challenge facing us as a group.

Regarding research, I am pleased that some has been done. More needs to be done. Most of the research is not efficiency oriented. We talk about our weaknesses, problems and issues, but seldom do we ever talk about our resources and what our strengths are and the good ways of our life. What are the

compétence. Trop de gens se font dire qu'un service ne peut leur être fourni parce qu'il déborde du mandat des gens responsables de l'organisme auquel ils se sont adressés. C'est absolument essentiel. Je pense que vous vous êtes déjà penchés là-dessus, d'après ce que j'ai lu.

Il nous faut un programme et un service national qui met les ressources humaines et matérielles à la disposition des groupes autochtones du Canada.

L'éducation et la formation de praticiens autochtones sont extrêmement importantes, mais il ne faut pas oublier ceci : nous avons des centaines de très petites collectivités de gens qui n'auront jamais les moyens d'employer leurs propres praticiens. Cela signifie, alors, que d'autres Canadiens qui sont psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux cliniques, qui se trouvent à être d'une culture différente, ont les compétences voulues pour être considérés comme des praticiens culturellement compétents. C'est extrêmement important.

Il est essentiel que le gouvernement donne la priorité à la santé mentale des peuples autochtones. Elle ne l'a jamais eue. C'est un problème gigantesque.

Je suis optimiste et je veux croire que ce comité, l'initiative de soins concertés, et les tables rondes sur la santé publique comprennent l'importance du bien-être mental des peuples autochtones. Il importe que des changements surviennent très rapidement.

Le stigmate est un problème énorme. Il n'est pas bien compris. C'est un problème dans tous les systèmes de santé et d'éducation, quand il s'agit des peuples autochtones. J'ai été désolé de constater combien peu de recherches ont été faites au Canada sur ce problème. Je ne sais pas vraiment ce qui peut être fait, mais c'est quelque chose qui exige une attention minutieuse.

Il a été question ce matin du traitement et de la guérison des traumatismes. L'Aboriginal Healing Foundation a fait de bonnes choses, mais n'a encore qu'effleuré la surface. Il nous faut faire beaucoup plus parce que nous avons un long passé d'oppression, qui a eu de graves répercussions que bien des gens ne comprennent pas.

La notion de services intégrés est essentielle dans nos collectivités. Le principe holistique est une valeur importante. Nous parlons de relations interpersonnelles, de liens de parenté et de convivialité comme de valeurs fondamentales. Un service intégré honorerait ces valeurs traditionnelles. Si nous pouvions commencer avec cela, je pense que cela ferait une différence énorme avec le temps, en donnant des résultats souhaitables. Pour ce faire, nous devons agir pour rétablir les relations et reconstruire les familles. La destruction de notre passé et la dépression historique que nous avons vécues sont beaucoup plus graves que ne le pense la plupart des gens, et bien des gens ne veulent pas le croire. C'est un défi qui se pose à nous en tant que groupes.

En ce qui concerne la recherche, je suis heureux de constater qu'il y en a eue. Il faut en faire plus. La plupart des recherches ne sont pas axées sur l'efficacité. Nous parlons de faiblesses, de problèmes et d'enjeux, mais nous parlons rarement de nos ressources et de nos forces, et des aspects positifs de notre vie.

promising practices that we live with? I tend to hesitate to use "best practices" because I think there is so much that we do not know. If we were to buy into the notion of best practices, I think we would be cutting ourselves off before we had a chance to truly identify, explore and discover what truly works.

Finally, it is important that collaboration becomes a way of life for all of us in leadership roles, whether we are with government, non-government organizations or the public. I think it is tremendously important that we make time to share, to collaborate, to talk, to help each other get to know what it is that we know. When we can do that, we are working with the tools that are necessary to be able to find the strategies to be able to develop the strategies that are necessary and to help us find answer to other kinds of problems that we have not yet begun to identify but we could if we would make the time to truly dialogue.

With that, I would like to thank you for this opportunity.

Dr. Arthur W. Blue, Psychologist, Native Psychologists of Canada: It is an honour to be with the great people that I am amongst and to have them listen to a few words from me.

The Native Psychologists of Canada is a small organization. We have less than 20 members. Our need is drastic. We need to have your support in developing an institution that supports and develops native psychologists. We do not have such support.

Let me go back and become a bit of a storyteller. Senator Cook, I apologize initially. In 1971, I was invited to Newfoundland, to discuss the fate of the Fogo Island fishermen. One of the speakers impressed me twice — first, because he was a British Lord and I had never met a British Lord before.

His statement was that while working in Africa he had come up with the decision that if indigenous people are to survive and develop, they need three things: Control of their own food supply, control of their own clothing, and control of their own shelter. If they had control of these things, they may in fact tell the governmental organizations to go to hell because they could stay back and do what was necessary.

My own people in the Northwest Territories do not have this control. They are dependent and that dependency, as both Mr. Mussell and Mr. Morris have pointed out, is built into the system. They have come to us and told us to move over, we will take care of you and we will furnish you with food and education. Now you decide you are not doing it and you withdraw. We are then subservient and mental health is dependent upon independence. If we are to become mentally healthy, it is essential that we have control of ourselves.

Quelles sont les pratiques valables que nous appliquons? J'hésite à employer l'expression « pratiques exemplaires », parce que je pense qu'il y a tellement de choses que nous ne savons pas. Si nous devons adhérer à la notion de pratiques exemplaires, je pense que cela reviendrait à nous tirer le tapis de sous les pieds avant d'avoir la chance de réellement cerner, explorer et découvrir ce qui fonctionne vraiment.

Enfin, il est important que la collaboration devienne un mode de vie pour nous tous qui assumons des rôles de leadership, que nous soyons au gouvernement ou dans des organismes non gouvernementaux, ou encore des membres du public. Je pense qu'il est terriblement important que nous prenions le temps de partager, de collaborer, de dialoguer pour nous aider mutuellement à apprendre ce que nous devons savoir. Si nous pouvions y parvenir, nous aurions en mains les outils nécessaires pour pouvoir cerner les stratégies, pour formuler les stratégies nécessaires, et qui nous aideront à trouver les réponses à d'autres types de problèmes que nous n'avons pas encore commencé à cerner mais que nous pourrions reconnaître si nous prenions le temps de réellement dialoguer.

Cela étant dit, je tiens à vous remercier de m'avoir entendu.

M. Arthur W. Blue, psychologue, Native Psychologists of Canada : C'est un honneur pour moi que d'être parmi tous ces grands, et qu'ils soient prêts à écouter ce que j'ai à dire.

La Native Psychologists of Canada est un tout petit organisme. Nous ne sommes qu'une vingtaine. Nous avons des besoins criants. Nous avons besoin de votre appui pour créer une institution qui appuie et forme des psychologues autochtones. Nous n'avons pas ce soutien.

Permettez-moi de faire une rétrospective, de me faire conteur. Sénateur Cook, je vous fais tout de suite mes excuses. En 1971, j'ai été invité à Terre-Neuve pour parler du destin des pêcheurs de Fogo Island. L'un des conférenciers m'a impressionné à deux reprises — d'abord parce que c'était un lord britannique, et je n'en avais jamais rencontré auparavant.

Ce qu'il a dit, c'est qu'alors qu'il travaillait en Afrique, il était parvenu au constat que si les peuples indigènes voulaient survivre et se développer, il leur fallait trois choses : le contrôle de leur approvisionnement en nourriture, le contrôle de leurs vêtements et le contrôle de leur logement. S'ils avaient le contrôle de toutes ces choses, ils pourraient réellement dire aux organisations publiques d'aller se faire voir ailleurs parce qu'ils pourraient rester là et faire le nécessaire.

Mon propre peuple, dans les Territoires du Nord-Ouest, n'a pas ce contrôle. Il est dépendant, et cette dépendance, comme l'ont déjà dit MM. Mussell et Morris, fait partie intégrante du système. Ils sont venus nous voir, nous ont dit poussez-vous, nous allons nous occuper de vous, vous donner nourriture et éducation. Et puis ils y ont renoncé et se sont retirés. Nous sommes devenus asservis, dépendants de la dépendance. Si nous voulons retrouver notre santé mentale, il est essentiel que nous prenions le contrôle de nos vies.

I am reminded of a friend of mine, Dr. Joe Hill, who was superintendent of the Six Nations. He did a fabulous job in the development of education at the Six Nations. His simple statement was, "Help an Indian to know who he is and he will decide for himself where he is going." I think that is a secret that, perhaps, we do not fully understand. Mr. Morris, Mr. Mussell and Mr. Devlin also referred to it.

We face the problem of a very high rate of unemployment. We also face isolation. Many reserves are at least 20 miles from the nearest city. We have status quo housing. How do you like that term? My wife thought it was good. Status quo means no running water, no washrooms, no proper kitchens, inadequate electrical systems and, very often, far too many people per room.

When I worked with the World Health Organization, Mr. Durkheim laid out a very interesting chart. He said that if we want to know what creates asocial problems, such as crimes, and mental health problems, one of the things we can do is build a small two by two chart. On that chart, all we have to do is place "modern area" at the top, and put "modern and traditional" and on the side put "people, modern and traditional." You will find the greatest crime and the greatest suicide where native people live in that modern area. If in fact you look at those living in traditional areas, you will find very low crime and very low suicide rates. That says something.

I found the same thing with the people in Chiapas who live in the rain forest. When forced to live on the outskirts of the cities, in the modern area, and forced to continue to interface with the city in a modern way, the crime and prostitution rates went up, language deteriorated and mental health problems increased. What Mr. Mussell has been saying and what Mr. Morris has been saying is that there are ways of understanding what is going on. Now we need ways of treating it.

I suggest that one of the ways that we can begin to look at treating this problem is to create an institution responsible for training native clinical psychologists. There is not one, yet we need one. We need a program similar to the native access program that moved from 51 native physicians 20 years ago to 250 today.

My daughter-in-law, a Cree, who is a psychologist, fought every step of the way, was abused and ignored within the universities as she attempted to get a masters degree.

The psychologist's role in the native community has to evolve into an integral part of the community. It is not only treatment but it is also prevention. Not only do they do psychometrics, psychotherapy, group psychotherapy, abuse treatment, both physical and substance, they are the best educated mental health professionals available in Canada, and should be

Je me rappelle un ami à moi, le Dr Joe Hill, qui était surintendant des Six Nations. Il a fait un merveilleux travail en développement de l'éducation, pour les Six Nations. Son principe était très simple, « aidez un Indien à savoir qui il est, et il décidera de lui-même où il s'en va ». Je pense que c'est peut-être un secret que nous n'avons pas tout à fait saisi. MM. Morris, Mussell et Devlin en ont aussi parlé.

Nous avons aussi le problème du taux élevé de chômage. Nous avons un problème d'isolement. Bien des réserves sont à au moins 20 milles de la ville la plus proche. Nous avons l'habitation telle quelle. Que pensez-vous de cette expression? Ma femme la trouve bien bonne. Telle quelle, ça veut dire pas d'eau courante, pas de salle de bain, pas de cuisine qui en soit une, des systèmes électriques insuffisants et, très souvent, bien trop de gens par pièce.

Quand je travaillais avec l'Organisation mondiale de la santé, M. Durkheim a montré un graphique très intéressant. Il a dit que si nous voulions savoir ce qui crée les problèmes sociaux, comme la criminalité et les problèmes de santé mentale, l'une des choses que nous pouvions faire, c'est constituer un graphique de deux pouces sur deux. Sur ce graphique, tout ce que nous avons à faire, c'est d'inscrire en haut « région moderne », et puis « moderne et traditionnel » et, sur le côté, « peuple, moderne et traditionnel ». On constatera que les plus hauts taux de criminalité et de suicide sont là où les Autochtones vivent dans cette région moderne. Si, en fait, on regarde ceux qui vivent dans les régions traditionnelles, on constate de très faibles taux de criminalité et de suicide. Ça veut dire quelque chose.

J'ai constaté qu'il en était de même avec les peuples Chiapas qui vivent dans la forêt tropicale. Quand ils étaient forcés de vivre en banlieue des villes, dans les régions modernes, les taux de criminalité et de prostitution étaient en hausse, la langue se détériorait et les problèmes de santé mentale augmentaient. Ce que dit M. Mussell, et aussi M. Morris, c'est qu'il y a des moyens de comprendre ce qui se passe. Maintenant, il nous faut trouver des moyens d'y réagir.

Je suggère que l'un des moyens de commencer à traiter ce problème, c'est en créant une institution responsable de la formation de psychologues cliniques autochtones. Il n'y en existe pas encore, et pourtant il nous en faut une. Il nous faut un programme semblable au programme d'accès des Autochtones grâce auquel de 51 médecins autochtones il y a 20 ans, il y en a maintenant 250.

Ma belle-fille, une Crie, qui est psychologue, n'a jamais lâché prise, mais elle a vécu des abus et s'est fait ignorer dans les universités, alors qu'elle essayait d'obtenir une maîtrise.

Le rôle de psychologue dans la collectivité autochtone doit évoluer et devenir partie intégrante de la collectivité. Ce n'est pas seulement que le traitement, mais aussi la prévention. Non seulement font-ils de la psychométrie, de la psychothérapie, de la psychothérapie de groupes, du traitement des abus, tant physiques que de substances toxiques, mais ce sont les

working hand in glove with mental health workers, social workers, physicians and the band council.

We have had some suicide, and I think you have to call them epidemics, as Mr. Morris mentioned. When I was treating people at the reserve level, I discovered that the best treatment was to teach the young people and their peers how to recognize and come to grips with those who were suicidal.

There is a serious difference between mental health problems and mental health illness. A psychologist's role is not to deal with every mental health problem, but to help others who are there to deal with mental health problems. Our long-term work is to work with those who are sick. There will never be enough native psychologists to deal with all the mental health problems.

How do I go on? I have found, when I was working in the Interlake, that one of the best ways to deal with mental health problems was to have a weekly meeting with health centre physicians, nurses, public health workers, school officials, counsellors, teachers, home care nurses and workers, substance abuse workers, AA, DA, band officials and church officials. At the weekly meetings, we discussed what sorts of things were coming up, how we were dealing with them and tried to find solutions. This method worked well. We went from a community that was having major difficulties to a community that was working together. There are solutions.

Lorraine Boucher, Director of Health Programs, North Peace Tribal Council: Thank you for having me here today. My colleagues, especially Mr. Mussell, have said everything I came here to say and I will not add further because he spoke so eloquently about the problems of First Nations people.

I was not quite sure what words of wisdom from Northern Alberta I could share with you except to say that cooperation is key to solving the jurisdictional problems that we deal with. Working together in partnership with the regional health authorities, with the provinces and with the federal government is key to developing innovative and integrated ways to develop a mental health care system that is built around First Nations issues and concerns. I prepared some speaking notes but I will not go into their detail because other witnesses have covered much of what I had to say.

I will add that the need to focus on traditional knowledge and its processes and to have guidance from the elders is essential to a mental health care system that will address the cultural identity that we have lost through various means, such as the residential schools. In our tribal council in the North, we worked on developing a mental health framework; and I have a copy of it with me today. We found that, in developing this framework, our

professionnels de la santé mentale les mieux éduqués qu'aie le Canada, et ils devraient travailler main dans la main avec les travailleurs de la santé mentale, les travailleurs sociaux, les médecins et les conseils de bande.

Nous avons eu des suicides, et je pense qu'il faut appeler cela une épidémie, comme le disait M. Morris. Lorsque je traitais des gens des réserves, j'ai découvert que le meilleur traitement était d'enseigner aux jeunes et à leurs pairs le moyen de reconnaître ceux qui avaient des tendances suicidaires et de composer avec eux.

Il y a une différence importante entre les problèmes de santé mentale et la maladie mentale. Le rôle d'un psychologue n'est pas de composer avec chacun des problèmes de santé mentale qui existent mais d'aider d'autres qui sont là à composer avec les problèmes de santé mentale. Notre travail, à long terme, est de travailler avec ceux qui sont malades. Il n'y aura jamais assez de psychologues autochtones pour faire face à tous les problèmes de santé mentale.

Comment est-ce que je peux continuer? J'ai trouvé, lorsque je travaillais avec Interlake, que l'un des meilleurs moyens de faire face aux problèmes de santé mentale, c'est d'avoir une réunion hebdomadaire avec les médecins du centre de santé, les infirmières, les travailleurs de la santé publique, les représentants des écoles, les conseillers, les enseignantes, les infirmiers et les travailleurs à domicile, les travailleurs en toxicomanie, les conseillers en alcoolisme et toxicomanie, les représentants des bandes et les représentants des églises. Lors de ces réunions hebdomadaires, nous discutons du genre de choses qui se profilaient à l'horizon, de comment nous allions y réagir, et nous essayions de trouver des solutions. C'était efficace. Nous sommes devenus, d'une collectivité qui avait d'énormes difficultés, une communauté qui travaille à l'unisson. Il y a des solutions.

Lorraine Boucher, directrice des programmes de santé, North Peace Tribal Council : Je vous remercie de m'accueillir ici aujourd'hui. Mes collègues, particulièrement M. Mussell, ont dit tout ce que j'étais suis venue ici pour dire, et je n'ajouterai rien, parce qu'il a parlé avec tant d'éloquence des problèmes des peuples des Premières nations.

Je ne sais pas exactement quels principes de sagesse je peux vous transmettre du nord de l'Alberta, sauf pour dire que la coopération est la clé de la résolution des problèmes de compétence que nous connaissons. La collaboration, le partenariat avec les autorités sanitaires régionales, avec les provinces et le gouvernement fédéral est la clé de la conception de moyens novateurs et intégrés pour créer un système de santé mentale construit autour des enjeux et des préoccupations des Premières nations. J'ai préparé des notes, mais je ne les lirai pas, puisque d'autres témoins ont dit beaucoup de ce que j'avais à dire.

J'ajouterai que la nécessité de nous concentrer sur le savoir traditionnel et ses processus, de nous faire guider par les aînés est essentiel à un système de santé mentale qui corrige le problème d'identité culturelle, laquelle nous avons perdu par divers moyens, notamment les écoles résidentielles. Dans notre conseil tribal du Nord, nous avons travaillé à l'élaboration d'un cadre de santé mentale; j'en ai une copie, ici, avec moi. Nous avons constaté, en

northern communities have their own vision and ideas of how to start building capacity within the communities to train our local mental health workers to work with our community health representatives. We worked with our traditional elders to help us develop a program that will focus on rebuilding what we have lost as First Nations people. The variety of approaches needed to respond to the problems requires a combination of mainstream and cultural complementary options.

Capacity needs to be built at all levels of the system: the individual; family communication and problem solving; peer-to-peer helping; support group models that reflect the reality of community networks and existing relationships; peer and other professionals to help staff at the community level who offer services based in the range of mainstream cultural and complementary approaches of healing and helping; regional resources, including highly skilled professionals such as psychologists willing to bring their skills to engage in a creative and collaborative process to develop new programs and services; and provincial services that provide a high level of specialized services to support the capacity-building needed in the communities. The foundation of the approach is to build community capacity that is reliable, safe and helpful within the context of regional and provincial support.

All I needed to say with regard to my First Nations people has been said. I am honoured to be invited by Senator Kirby to be here because this work gives me hope that we are starting to collaborate and to work together to create quality services for First Nations people; and the only way we can do that is by working together.

Debbie Dedam-Montour, Executive Director, National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization: Like my colleague, I had written all kinds of notes. This is the first time I have appeared before a senate committee. I am truly honoured to have this opportunity to bring forward some of the work that we do at NIICHRO on behalf of community health representatives. For those not familiar with community health representatives, CHRs, they are front-line workers in Aboriginal communities promoting health, education and disease prevention. They have a broad range of responsibilities. As an organization that represents or works for their interests, we are always looking at ways to provide them with the tools needed to service the community.

In 1996, NIICHRO had a national training session that covered mental health. Each year we have a national training session, similar to the one at Mr. Mussell's organization. We have covered tobacco use, injury prevention and mental health. As well, we have worked with the frail and elderly. We work in a variety of areas to assist community health representatives in their

concevant ce cadre, que nos collectivités du Nord ont leur propre vision et leurs propres idées de la manière de commencer à renforcer la capacité au sein des collectivités, pour former nos travailleurs de la santé mentale à travailler avec les représentants de la santé communautaire. Nous avons travaillé avec nos aînés traditionnels pour qu'ils nous aident à concevoir un programme centré sur la reconstitution de ce que nous avons perdu, en tant que peuple des Premières nations. La diversité des approches nécessaires pour corriger le problème exige une combinaison de solutions grand public et culturelles qui soient complémentaires.

La capacité doit être constituée à tous les niveaux du système : au niveau de la personne, de la communication familiale et de la résolution de problèmes; de l'entraide; des modèles de groupes de soutien qui reflètent la réalité des réseaux communautaires et des relations existantes; de l'offre d'aide au personnel par ses pairs et par d'autres professionnels à l'échelle communautaire, qui offrent des services fondés sur l'éventail d'approches culturelles grand public et complémentaires de la guérison et de l'aide; des ressources régionales, y compris des professionnels très spécialisés, comme des psychologues prêts à mettre leurs compétences à contribution pour entreprendre un processus créatif et collaborateur en vue de concevoir de nouveaux programmes et services; des services provinciaux qui offrent un haut niveau de services spécialisés pour appuyer le renforcement de la capacité nécessaire dans les collectivités. Le fondement de l'approche est la constitution d'une capacité communautaire qui soit fiable, sûre et utile dans le contexte du soutien régional et provincial.

Tout ce que j'ai à dire, en ce qui concerne mon peuple des Premières nations, a déjà été dit. Je suis honorée d'avoir été invitée par le sénateur Kirby à venir ici, parce que ces travaux me donnent l'espoir que nous commençons à collaborer et à travailler ensemble pour créer des services de qualité pour les peuples des Premières nations; et le seul moyen d'y parvenir, c'est en travaillant ensemble.

Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive, National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization : Tout comme mes collègues, j'ai préparé toutes sortes de notes parce que c'est la première fois que je comparais devant un comité du Sénat. Je suis très honorée d'avoir cette occasion de présenter certains travaux que nous faisons, au NIICHRO, pour les représentants de la santé communautaire. Pour ceux qui ne savent pas très bien qui sont les représentants de la santé communautaire, ce sont les travailleurs de première ligne dans les collectivités autochtones qui font la promotion de la santé, de l'éducation et de la prévention de maladies. Ils ont une vaste gamme de responsabilités. En tant qu'organisation qui représente leurs intérêts ou qui s'efforce de les appuyer, nous sommes toujours à la recherche de moyens de les munir des outils dont ils ont besoin pour servir la communauté.

En 1996, la NIICHRO a offert à l'échelle nationale des séances d'information qui couvraient la santé mentale. Chaque année, nous offrons une formation à l'échelle nationale, du même genre de celle qu'offre l'organisation de M. Mussell. Nous avons traité de la consommation du tabac, de la prévention des blessures et de la santé mentale. Depuis, nous avons travaillé avec les personnes

services to the communities. The CHRs play a vital role in community health. They know and monitor the pulse of the community's well-being. As front-line health workers, even in isolated communities, they are the first line of defence in identifying a problem and trying to find ways to facilitate interventions and collaboration with the other members of their health team.

Mr. Mussell mentioned that for Aboriginal people the health continuum is about wellness and not illness. Aboriginal mental health is relational because strength and the security are derived from family and community. Apart from sharing healing traditions, Aboriginal communities are bound by a concept of wellness wherein the mind, body, spirit and soul are interconnected. This has been mentioned by a number of witnesses here. The residential school has had a profound impact on communities and family functioning. It has created a multi-generational loss of inter-connectivity in the home and family unit. Through the work of the community health representatives, we try to rebuild the family and the community, and bring forward values that are related to a holistic wellness.

I will not use this time to bring forward statistics because Mr. Morris has brought forward some amazing information. It is important to realize that those statistics do not cover the complete reality because many things have gone unreported. For example, the statistics do not account for suicides that, perhaps, were wrongly reported as accidental deaths. As well, there are incomplete suicides, which no one here today has mentioned in the statistics. That is important and must be recognized.

There is the broad term of "family violence," which is sexual, physical, emotional and psychological abuse, and neglect. This violence has had a domino effect because it leads sufferers to self-medicate with alcohol or any other harmful substances and to involvement with correctional institutions. There is an extremely high proportion of Aboriginal people in these correctional institutions. I attended a meeting yesterday held by the Canadian Public Health Association. One presentation was on correctional services and its needs, whether counselling, medical use, needle exchanges, et cetera. The mental health aspect is ever present.

Furthermore, many people do not report their mental health problems because of the unfortunate stigma attached to this type of affliction.

We have to look at identifying problems as well as their causes in proposing solutions to improve mental health of Aboriginal people; that is one-step in the right direction. The next step is to allocate sufficient resources. Mr. Morris mentioned the cost of one report; that may seem like a lot of money, but what we are putting into the system to solve and identify some issues will pay off in the end.

de santé fragile et les aînés. Nous travaillons dans divers domaines, pour aider les représentants de la santé communautaire à fournir leurs services dans les collectivités. Ces représentants jouent un rôle vital pour la santé communautaire. Ils connaissent et observent le pouls du bien-être de la collectivité. En tant que travailleurs de la santé de première ligne, même dans les collectivités isolées, ce sont les premiers à reconnaître un problème et à essayer de trouver des moyens de faciliter les interventions et la collaboration avec les autres membres de leur équipe de la santé.

M. Mussell a dit que pour les peuples autochtones, le continuum de la santé, c'est le bien-être et non pas la maladie. La santé mentale des Autochtones est relationnelle, parce que la force et la sécurité sont tributaires de la famille et de la collectivité. En plus de partager les traditions en matière de guérison, les collectivités autochtones sont liées par un concept de bien-être selon lequel l'esprit, le corps et l'âme sont interreliés. Plusieurs témoins en ont déjà parlé. L'école résidentielle a eu de profondes répercussions sur le fonctionnement des collectivités et des familles. Elle a causé une perte multigénérationnelle d'interconnectivité au sein du foyer et de l'unité familiale. Par le travail des représentants de la santé communautaire, nous nous efforçons de reconstruire la famille et la collectivité, et de mettre de l'avant des valeurs qui sont liées à un bien-être holistique.

Nous ne perdrons pas ce précieux temps à énoncer des statistiques, parce que M. Morris en a déjà fourni d'excellentes. Il est important de comprendre que ces statistiques n'illustrent pas toute la réalité, parce que bien des choses n'ont pas été ainsi étudiées. Par exemple, les statistiques ne tiennent pas compte des suicides qui ont pu être déclarés à tort comme des morts accidentels. De plus, il y a les suicides échoués, dont personne ici n'a donné les statistiques. C'est important et ce doit être reconnu.

Il y a cette vaste expression de « violence familiale », qui désigne la violence sexuelle, physique, émotionnelle et psychologique, et la négligence. Cette violence a eu un effet d'entraînement, parce qu'elle amène les victimes à s'automédiquer par l'alcool ou par toutes sortes de substances nocives, et à séjourner dans des établissements correctionnels. J'assistais hier à une réunion tenue par l'Association canadienne de santé publique. Une présentation portait sur les services correctionnels et leurs besoins, que ce soit en matière de consultation, de services médicaux, d'échanges d'aiguille, etc. L'aspect de la santé mentale est omniprésent.

De plus, bien des gens ne parlent pas de leurs problèmes de santé mentale à cause du malheureux stigmate rattaché à ce type d'affliction.

Nous devons nous efforcer de cerner les problèmes et leurs causes pour proposer des solutions, afin d'améliorer la santé mentale des peuples autochtones; c'est un pas dans la bonne direction. Le pas suivant consiste à attribuer des ressources suffisantes. M. Morris a parlé du coût d'un rapport; cela peut sembler être beaucoup d'argent, mais ce que nous investissons dans le système pour résoudre et cerner certains des enjeux vaudra beaucoup au bout du compte.

A comprehensive strategy must include changes to the education system and ways to create economic development opportunities; is not just a look at mental health and family violence and suicide. They are all interrelated — there is interconnectedness, as we keep mentioning around the table.

Like all the other front-line health workers, CHRs from all the regions of Canada jointly with their communities must be consulted as to where their mental health problems and solutions truly lie. We must engage not only those that are affected, but those that can effect change.

When we do that, we must ensure that we incorporate the principles of cultural relevancy and sensitivity into any strategy we consider. Support to these initiatives needs to be wide ranging as the scope of mental health problems is so all encompassing. The task at hand is formidable, but the cost of doing nothing beyond the status quo is immeasurably greater, both for the Aboriginal people and for Canada as a whole.

We are in the process of looking at core competency of the health workers; specifically, we look at community health representatives. However, when we are talking about collaboration, the Public Health Agency of Canada and many of those groups — the epidemiologists, all the other medical practitioners, doctors and nurses — are looking at it also and a lot of different words and phrases are coming up, “core competency,” among others. We have been looking at this issue for over 20 years. We called it “standards of practice and accreditation.” We have had to change our titles to fit the times; basically, it is health human resource development.

I believe there is a need for this core competency training. The CHRs and the mental health workers are identifying problems and working with their health team developing strategies, but how do you go about making this movement for change?

In the last year and a half, there has been this momentum for health unit resource development. It is under the pan-Canadian strategy. To get that number of people at the table with a common goal takes commitment. The Government of Canada needs to make the same commitment. I believe that the Aboriginal community and those who can help the Aboriginal community are ready to make that change.

The proverbial ounce of prevention in addressing this matter is well worth the alternative pound of cure.

On behalf of NIICHRO and the CHRs across Canada, I can only ask that we work together to find solutions that will ultimately benefit us all. A collaborative approach will offer the greatest opportunity for positive change.

The Chairman: Thank you all for your very good presentations.

Une stratégie exhaustive doit englober des changements au système d'éducation et des moyens de créer des possibilités de développement économique; il ne s'agit pas seulement que d'étudier la santé mentale, la violence familiale et le suicide. Tous ces éléments sont interreliés, comme nous ne cessons de le dire autour de cette table.

À l'instar des autres travailleurs de la santé et de première ligne, les représentants de la santé communautaire de toutes les régions du Canada, avec leurs collectivités, doivent être consultés sur la nature des problèmes de santé mentale et des solutions. Nous devons engager non seulement ceux qui sont touchés, mais aussi ceux qui peuvent apporter les changements.

Ce faisant, nous devons nous assurer d'incorporer les principes de pertinence culturelle et de sensibilité à toute stratégie que nous pouvons envisager. Le soutien de ces initiatives doit être généralisé, puisque les problèmes de santé mentale sont tellement généralisés. La tâche est phénoménale, mais ce qu'il en coûtera de ne rien faire, de laisser les choses telles qu'elles sont, c'est infiniment plus, tant pour les peuples autochtones que pour le Canada dans son ensemble.

Nous sommes en train d'examiner les compétences de base des travailleurs de la santé; plus précisément, nous nous intéressons aux représentants de la santé communautaire. Cependant, quand on parle de collaboration, l'Agence de santé publique du Canada et bien d'autres de ces groupes — les épidémiologistes, et tous les autres spécialistes du domaine médical, les médecins, les infirmiers et infirmières — examinent aussi ces questions, et bien d'autres mots et expressions différents surgissent, comme « compétences de base ». Nous examinons cette question depuis déjà 20 ans. Nous avons appelé cela les « normes de pratique et d'accréditation ». Nous avons dû changer nos expressions et les moderniser; en fait, c'est le développement des ressources humaines en santé.

Nous avons, je pense, besoin de cette formation en compétence de base. Les représentants en santé communautaire et les travailleurs de la santé mentale cernent des problèmes et s'efforcent, avec leur équipe de santé, de concevoir des stratégies, mais comment peut-on enclencher ce mécanisme du changement?

Depuis un an et demi, on a constaté une accélération du développement des ressources en santé. C'est attribuable à la stratégie pancanadienne. Il faut de la détermination pour amener à la table autant de gens dans un but commun. Le gouvernement du Canada doit prendre cet engagement. Je pense que la communauté autochtone et ceux qui peuvent l'aider sont prêts à favoriser ce changement.

Le proverbe dit bien qu'il vaut mieux prévenir que guérir, et sur ce plan, on aurait vraiment beaucoup à y gagner.

Au nom de la NIICHRO et des représentants de la santé communautaire du Canada, je demande seulement que nous tentions ensemble de trouver des solutions dont nous profiterons tous au bout du compte. La collaboration est la meilleure façon d'obtenir un changement positif.

Le président : Je vous remercie tous pour vos très bons exposés.

For clarification, what is the training of a community health representative? Is that what I would think of as a public health nurse?

Ms. Dedam-Montour: No. The public health nurse holds a position that is part of the Canadian Public Health Act. The government mandates that person to that position. The CHR program was initiated because health programs were not reaching First Nations communities. In 1962, the medical services branch, which is now another name — I think it is Health Canada — initiated a program called the community health representatives' program. It reflects very much what we are talking about today, getting somebody from the community who understands the issues being able to link up with the health care centres.

The Chairman: So, there is no formal training?

Ms. Dedam-Montour: No. There was training, a formal type of system, when the CHR program was under FNIB. However with the health policy transfers, the communities got more power. That mandated training to come under the band jurisdiction. Some colleges have CHR programs, such as the course at Portage College. Alberta and Manitoba offer courses but they are fragmented.

We are looking at trying to bring it forward and get core competency training programs in each of the provinces. We are looking at these multi-jurisdictional issues.

The Chairman: Will they be targeted at Aboriginal communities and not at the population as a whole?

Ms. Dedam-Montour: The CHR program is unique to the First Nation communities. However, talking at the public health meeting yesterday, I think there needs to be more of a link between the nurses and those community people and that is what the CHR is. It could be something that could be transferable as a best practice.

The Chairman: I have a question that has been bothering me all day, particularly given the frequency with which the suicide issue has come up. It is not meant to be a pejorative question but meant to get a handle on the issue.

Is suicide prevention where you begin or is a suicide the outcome and, therefore, do you have to start farther up the line? In other words, if suicide is the end product of someone who is mentally ill, does focusing on preventing suicide, in and of itself, the thing to do or should the resources be devoted at an earlier stage toward stopping or easing the problem of the mental illness that leads to suicide?

Pour notre gouverne, voulez-vous nous expliquer quelle formation reçoit un représentant de la santé communautaire? Est-elle semblable à celle que reçoit une infirmière de la santé publique?

Mme Dedam-Montour : Non. Une infirmière de la santé publique occupe un poste prévu par la Loi canadienne sur la santé. C'est le gouvernement qui a établi ce poste. Le programme des représentants de la santé communautaire a été mis sur pied parce que les autres programmes de santé ne parvenaient pas à répondre aux besoins des communautés autochtones. En 1962, la Direction générale des services médicaux, qui porte maintenant un autre nom — je crois que c'est Santé Canada — a créé le Programme des représentants de la santé communautaire. Il répond très bien au besoin dont nous avons parlé aujourd'hui, à savoir la nécessité qu'un membre de la communauté, qui comprend bien les problèmes, établisse des liens avec les centres de soins de santé.

Le président : Il n'y a donc aucune formation officielle?

Mme Dedam-Montour : Non. Il existait une formation officielle lorsque le programme était sous l'égide de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Toutefois, en raison du transfert de certaines compétences en matière de santé, les communautés ont obtenu davantage de pouvoir. Cela a fait en sorte que la formation a été mise entre les mains des bandes. Certains collèges, comme le Collège Portage, offrent un programme des représentants de la santé communautaire. L'Alberta et le Manitoba offrent aussi des cours mais pas dans le cadre d'un programme structuré.

Nous tentons de faire en sorte que toutes les provinces offrent un programme de formation uniforme. Nous nous penchons sur ces questions intergouvernementales.

Le président : Ce programme visera-t-il les communautés autochtones plutôt que l'ensemble de la population?

Mme Dedam-Montour : Le programme des représentants de la santé communautaire vise uniquement les communautés autochtones. Cependant, comme je l'ai dit hier lors de la réunion sur la santé publique, je crois qu'il doit y avoir un meilleur lien entre les infirmières et les communautés, et ce sont les représentants de la santé publique qui contribueront à améliorer le lien. Cela pourrait devenir une pratique optimale susceptible d'être appliquée ailleurs.

Le président : J'ai une question qui me trotte dans la tête depuis le début de la journée, surtout parce qu'on a abordé la question du suicide à quelques reprises. Ma question ne se veut pas pejorative, elle vise plutôt à faire en sorte de bien saisir le problème.

Est-ce que la prévention du suicide constitue votre point de départ ou est-ce que le suicide est le résultat final, ce qui signifie que vos efforts doivent commencer ailleurs? Autrement dit, si le suicide est l'étape finale qu'atteint une personne souffrant d'une maladie mentale, faut-il miser sur la prévention du suicide ou devrait-on plutôt nous concentrer sur la prévention de la maladie mentale, laquelle mène au suicide?

Both this morning and this afternoon, a large number of you have talked about family violence as one of the sources of the problem. I totally understand that.

If one had a limited amount of money and the objective is to reduce the suicide rate, where do you put the money? Do you put it into reducing family violence? Do you put it into dealing with a child who is mentally ill? Do you put it into what a suicide prevention strategy?

I understand we talk about suicide as the thing we want to stop.

How far before that do you actually intervene if you only have a limited amount of money?

Mr. Morris: I have been asked the same question in the communities. The best thing I can do is reply using the ice-break theory.

All these social problems, suicide, sexual abuse, family violence, alcohol and drug abuse, are manifestations of deeper problems.

What are the root causes of suicide?

Some of the causes are oppression and colonization, going back 100 years. The problem cannot be understood by anybody who has not been colonized or oppressed. We understand because we have experienced it.

Part of the problem is the residential school system. Once again, if you have never been a residential school victim, you do not know how it is because you do not know how it feels. It is the same with racism. Racism is everywhere. Once again, if you have never been a victim of racism, you do not know what it is. If you are not affected by it, if you are not hurt by it, you do not respond to it. When you see somebody victimized by racism, you do not do anything because it does not bother you. We experience racism every day, everywhere. It is a fact of life.

The other issue is poverty. I focus on child poverty because I figure it is the place to start. I experienced poverty as a child. One of the things that I am proud of is that my mother always came through for me.

We have kids now, supposedly in a more enlightened age, in a richer country, and I think they are hungrier today than I was as a kid. I do not know why that is. Maybe the resources of the country are not being channelled in such a way so that kids can eat well.

I know kids who are hungry. I know kids who are not well clothed. I know kids who have no place to sleep. I went to a place in one community, which consisted of just a little trailer. There were 18 people living in there, with three beds. Everybody had to take turns sleeping. If it was not the kid's turn to sleep that night, he did not go to school the next day. He had to go to bed when everybody else got up. Poverty is a big problem in reserves and I believe it affects kids.

Toute la journée, un grand nombre d'entre vous ont déclaré que la violence familiale est l'une des sources du problème. Je comprends tout à fait cela.

Si vous disposiez d'une somme d'argent restreinte que vous deviez consacrer à la réduction du taux de suicide, où affecteriez-vous les fonds? Seraient-ils consacrés à la diminution de la violence familiale, au traitement des enfants atteints d'une maladie mentale ou à une stratégie de prévention du suicide?

Je sais que l'objectif est d'éliminer le suicide.

Si vous disposez d'une somme d'argent restreinte, dans quel domaine allez-vous consacrer ces ressources financières?

M. Morris : On m'a posé la même question dans les communautés. Le mieux, c'est d'établir une relation de confiance.

Tous ces problèmes sociaux, soit le suicide, l'abus sexuel, la violence familiale, l'abus d'alcool et de drogues, traduisent des problèmes plus profonds.

Quelles sont les causes profondes du suicide?

L'oppression et la colonisation, qui remontent à une centaine d'années, font partie de ces causes. Quiconque n'a pas vécu la colonisation ou l'oppression ne peut comprendre le problème. Nous, nous le comprenons, car nous les avons vécues.

Les pensionnats constituent aussi une partie du problème. De même, si vous n'avez pas été une victime des pensionnats, vous ne pouvez pas comprendre parce que vous ne connaissez pas le sentiment. C'est comme dans les cas du racisme. Le racisme est partout, mais si vous n'en avez jamais été victime, vous ne savez pas ce que c'est. Si cela ne vous concerne pas, vous n'êtes pas affecté et vous ne réagissez pas. Lorsque vous êtes témoin de racisme, vous ne faites rien parce que cela ne vous touche pas. Nous, nous sommes confrontés au racisme tous les jours, partout. C'est une réalité.

L'autre problème, c'est la pauvreté. Je me concentre sur la pauvreté infantile, car j'estime que c'est là qu'il faut commencer. J'ai vécu la pauvreté quand j'étais enfant. L'une des choses qui me rend fier, c'est que ma mère a toujours tout fait pour répondre à mes besoins.

Dans notre pays, qui est censé être plus riche qu'à l'époque de mon enfance et davantage conscientisé, certains enfants souffrent plus de la faim aujourd'hui que lorsque j'étais enfant. Je ne comprends pas pourquoi. Peut-être que les ressources du pays ne sont pas réparties d'une façon qui permette aux enfants d'être bien nourris.

Je connais des enfants qui ont faim, qui sont mal vêtus ou qui n'ont pas d'endroit où dormir. Dans une communauté, j'ai vu un groupe de 18 personnes vivant ensemble dans une petite roulotte contenant seulement trois lits. Chacun dormait à tour de rôle. Lorsqu'une nuit ce n'était pas au tour de l'enfant de dormir, il n'allait pas à l'école le lendemain. Il devait aller au lit quand tous les autres se levaient. La pauvreté est un problème important dans les réserves et elle a une incidence sur les enfants, à mon avis.

I often talked about the little kid growing up hungry. They know all these things. They know what it means to be a First Nation person, the people you call "Indians," living on a poor reserve. I believe that many of them make the decision by the time they are 15 that they do not want that any more, so they check out. I understand that totally.

There is a whole list of problems that are the root causes. There are the social problems like sexual abuse and incest. There are cultural and religious differences.

One of the big problems that we have in revitalizing our culture is to get over the religious differences because the fundamentalist Christians do not agree with our culture. The churches undermined our faith and now have come back to say that we can have our culture back, but it is our own people who oppose it. We had to deal with that first. You cannot rebuild your culture if half of the people in the community do not agree with it. You cannot march into a community and say, "You do this; you do that." We have to help communities deal with those issues on their own. They have to do it themselves. It takes a lot of trust on your part to give them vast resources and say, "Now do it."

Mr. Devlin: If you look at suicide in First Nation communities, I am not sure that you can use the mental illness model. I think that depression and substance abuse contribute, but there are other factors that are integral to that desperation, that despair, and that loss of hope that actively contribute to suicide.

The 10 year-old or 14 year-old who commits suicide is not suffering from a mental illness. They have given up. If we look at it from a mental illness model, we miss that sense of historical dynamics.

The Chairman: That is an extremely important comment. If you are looking at non-Aboriginal population, we would be more inclined to look at it that way.

Mr. Devlin: That is right. I do think depression is a factor.

The Chairman: However, depression is not the principal factor.

Mr. Devlin: Untreated depression is a factor. I do think that substance abuse actively contributes in the trauma. I do think that trauma and unresolved trauma are background issues, but I do not think it is a mental illness model as we understand it.

Ms. Levy: What you asked is something I have thought about often. I deal with suicide, and suicide intervention and prevention in my job as a counsellor and psychologist with the board of education, as well as in my community work as a volunteer with the Nunavut Kamatsiaqtut Help Line and other services.

Where the money should go is a hard question to answer. I agree with everything that has been said. I do not want to repeat, but some money must go into intervention. You can intervene successfully and stop somebody from committing suicide. I know that for a fact myself. Many people that I deal with and have

Je parle souvent des enfants qui souffrent de la faim. Ils connaissent tous les problèmes. Ils savent ce que signifie être un membre des Premières nations, que l'on appelle les Indiens et qui vivent dans des réserves, où règne la pauvreté. Je crois que la plupart d'entre eux décident à l'âge de 15 ans de fuir cette vie. Je les comprends tout à fait.

La liste des causes profondes est longue. Il y a les problèmes sociaux comme l'abus sexuel et l'inceste. Il y a aussi les différences culturelles et religieuses.

Ce qui nous empêche principalement de redonner vie à notre culture, ce sont les différences religieuses, car les chrétiens fondamentalistes rejettent notre culture. Les églises ont miné notre foi et voilà qu'elles reviennent nous dire que nous pouvons reprendre notre culture, mais notre propre peuple s'y oppose. Il a fallu s'occuper en premier de ce problème. Il est impossible de rebâtir une culture si la moitié de gens de la communauté ne sont pas d'accord. On ne peut pas dicter à une communauté ce qu'elle doit faire. Il faut qu'elle règle ses problèmes elle-même. Il faut beaucoup de confiance pour lui donner une multitude de ressources et lui dire d'aller de l'avant.

M. Devlin : Je ne pense pas que le problème du suicide chez les Premières nations puisse être attribué uniquement à la maladie mentale. Je crois que la dépression et l'abus d'alcool ou de drogues font partie des causes, mais il y a également d'autres facteurs qui contribuent au sentiment de désespoir, qui lui, mène au suicide.

L'enfant de 10 ans ou le jeune de 14 ans qui se suicide ne souffre pas d'une maladie mentale. Il a plutôt baissé les bras. Si nous examinons le problème uniquement sous l'angle de la maladie mentale, on perd de vue les autres causes de nature historique.

Le président : Il s'agit là d'une observation extrêmement importante. S'il s'agissait d'une population non autochtone, nous aurions davantage tendance à examiner le problème de cette façon.

M. Devlin : C'est exact. Je ne crois pas que la dépression constitue un facteur.

Le président : La dépression n'est pas le principal facteur.

M. Devlin : Une dépression non traitée devient cependant un facteur. Je ne crois pas que l'abus d'alcool ou de drogues soit étroitement lié au traumatisme. Je suis d'avis que le traumatisme, et le fait qu'il ne soit pas réglé, est une cause profonde, mais je ne crois pas que la maladie mentale explique tout.

Mme. Levy : J'ai souvent pensé à la question que vous avez posée. Je m'occupe de la prévention du suicide dans le cadre de mon travail en tant que conseillère et psychologue au sein d'un conseil scolaire et à titre de bénévole pour la ligne d'aide téléphonique Nunavut Kamatsiaqtut et pour d'autres organismes.

Il est difficile de dire dans quels domaines devraient aller les fonds. Je suis d'accord avec tout ce qui a été dit. Je ne veux pas me répéter, mais je dois dire qu'une partie de l'argent doit être investie dans la prévention. Il est possible d'empêcher quelqu'un de se suicider. Je le sais d'après mon expérience. De nombreuses

trained have done that successfully. When you do that you become a resource in the life of that person. The more resources anyone has, the less likely they are to commit suicide.

I believe in putting some money towards training people to become really good at intervention. Anybody can do it. There is not one person in this room who could not intervene in a suicide and have positive results.

I agree that the majority of the money cannot really go into suicide prevention as a little silo. It is more complicated than that. That is clear.

You mentioned the blueprint for a Canadian national suicide prevention study. I am the past president of the Canadian Association for Suicide Prevention and I have a copy of the study with me today. It is actually from the Canadian Association for Suicide Prevention and not from the Canadian Psychiatric Association. We cannot look at suicide prevention without looking at the cultural problems of poverty, abuse violence and all of the other issues that we have been talking about today. That is where the majority of the money should go.

With regard to suicide intervention, there are skills that can be taught and used. We have to put some money into that area as well.

Mr. Blue: The one thing that has not been mentioned directly and I think perhaps needs to be is the function of trans-generational trauma. When we speak of that, I mean to speak not only of a people that has been dispossessed of their land, their way of government and their heroes, but also of the tremendous loss that took place when over two-thirds of the people died of measles, followed a few years later by death from smallpox. That has been passed on generation-to-generation and still affects people of this generation.

If you look at the second and third generation from the Holocaust, which is a good example for us to look at, you will find that they have very high suicide rates. They have exactly the same sorts of problems with increased alcohol abuse. It is another look at exactly what has happened to the First Nations people in Canada.

The Chairman: Thank you. That is a perspective I had not heard.

Mr. Mussell: I like the notion of "community of care." Our young people feel that they are homeless people even though they have a house with a roof, walls and so on. They have a house but not a home. Their caregivers are not there, their loved ones are not there, and the people they would like to have care about them are absent.

The better question is this one: What do we need to do with limited resources to contribute to the creation of that community of care?

I do not think you can buy it, but I certainly think you can do things to contribute to its development.

personnes que j'ai formées y sont parvenues. Quand vous réussissez, vous devenez une ressource pour la personne en question. Plus une personne dispose de ressources, moins elle risque de se suicider.

Je crois qu'il faut consacrer des fonds à la formation de très bons intervenants. Nous pouvons tous réussir dans ce domaine. Il n'y a pas une seule personne dans cette salle qui ne puisse pas prévenir un suicide et obtenir des résultats positifs.

Je conviens que la majeure partie de l'argent ne peut être affectée à la prévention du suicide. Il est clair que c'est plus complexe que cela.

Vous avez parlé d'une étude nationale sur la prévention du suicide. Je suis l'ancienne présidente de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et j'ai en main une copie de cette étude. Elle a en fait été menée par l'Association canadienne pour la prévention du suicide et non pas par l'Association des psychiatres du Canada. On ne peut examiner la prévention du suicide sans se pencher sur les problèmes de la pauvreté, de l'abus, de la violence et de toutes les autres questions dont nous avons parlé aujourd'hui. C'est dans ces domaines que la majeure partie de l'argent devrait aller.

Quant à la prévention du suicide, il y a des compétences que l'on peut enseigner et utiliser. Il faut également affecter des fonds à ce domaine.

M. Blue : Ce qui n'a pas été mentionné directement et qui doit peut-être l'être, c'est l'effet qu'a un traumatisme transmis de génération en génération. Je ne parle pas seulement du fait que ce peuple ait été dépossédé de ses terres, de son gouvernement et de ses héros, mais aussi du nombre incroyable de pertes de vies — plus des deux tiers des gens — attribuables à la rougeole, dans un premier temps, et à la variole, quelques années plus tard. Les répercussions de ces événements se font encore sentir chez les membres de la présente génération.

Si on examine les deuxième et troisième générations suivant l'Holocauste, qui est un bon exemple, on constatera qu'elles présentent un très haut taux de suicides. Elles sont également aux prises avec un problème d'abus d'alcool. C'est exactement ce qui s'est produit chez les Premières nations du Canada.

Le président : Merci. C'est une perspective que je n'ai jamais entendue.

M. Mussell : J'aime la notion de prise en charge. Nos jeunes se sentent comme des sans-abri même s'ils ont un toit. Ils ont une maison, mais pas de foyer. Les personnes qui doivent s'occuper d'eux ne sont pas là ni les personnes qu'ils aiment et ceux qu'ils souhaiteraient voir prendre soin d'eux.

La question qu'il faut plutôt poser est celle-ci : Que doit-on faire, avec des ressources limitées, pour favoriser cette prise en charge?

Je ne crois pas qu'on puisse l'acheter, mais on peut certes faire en sorte qu'elle se développe.

In the work I have been doing, and I have done a lot of work with suicide, I find that when young people have people who truly care about them and they know they care, they are less likely to commit suicide. That seems simple, but in a sense, it is very complex when you look at four-and-five generations that have suffered serious oppression. Many of these children live without that community of care, but they have survived and are dealing with the issues connected with that as well.

Senator Keon: What Mr. Mussell has raised is so tremendously important that it should be expanded upon. We should not leave it alone.

I know you do not want analogies to the non-Aboriginal population, but in the non-Aboriginal population of Canada, there is good scientific evidence that if you have a troubled person, the trouble in that person's life started before he or she was two years old. It started because of what Mr. Mussell is talking about; the child did not have appropriate family, parenting or security and all of these things.

As a heart surgeon, I operated on people that had only eight or 10 hours of life left if they did not have an operation. That was fine. It was dramatic and all of that. However, the most important thing I ever did in my life was establish a prevention unit in the Heart Institute that allowed them to live to be age 80 without heart disease.

If we are to have an impact on this horrific problem, Mr. Mussell has just put his finger on the pulse. I leave this matter with the experts, but that is where we have to start looking.

Mr. Mussell: I want to mention one additional thing. There is information from the United States that indicates that as communities depend more and more upon professionals and paid help, the people being served do less and less for themselves. That really describes the reality in most of our communities, and, in particular, the communities that have a history of suicide, violence and other types of abuse.

Ms. Dedam-Montour: A story came to my mind while we were talking about the allocation of funds and to which initiative we should give priority. We must have a multi-pronged, multi-dimensional attack on these issues.

When I was coming here on the train, I met a community health nurse who works at Health Canada. She arrived in the community and said, "Okay, tobacco is on the agenda, so here is my tobacco strategy." She went into the school and had a little program all set up to educate grades 5 to 8 on tobacco. After her presentation she asked, "How many of you smoke?" We are talking about 11 to 14 year year-olds. "I have been smoking since I was 8."

She left that session realizing that she came in with a pre-conceived idea of where she should be attacking the issue, thinking it starts in grade 5. She had to restructure her education program on tobacco and went to the kindergarten and grade 1 class to show them the reality of tobacco, second-hand smoke and its harm and all that. She tried to make a pact with these kids not to smoke.

J'ai beaucoup travaillé dans le domaine du suicide, et je peux vous dire que, lorsque les jeunes peuvent compter sur des personnes qui se préoccupent véritablement d'eux, ils ont moins tendance à se suicider. Cela semble simple, mais dans un sens, c'est très complexe quand on sait que cinq générations ont été gravement opprimées. De nombreux enfants ne bénéficient pas d'une prise en charge. Ils survivent tout de même, mais ils sont aux prises avec les problèmes que cela engendre.

Le sénateur Keon : Ce que vient de faire valoir M. Mussell est extrêmement important, et on devrait en parler davantage.

Je sais que vous ne voulez pas que l'on fasse des analogies avec la population non autochtone, mais il demeure qu'il a été prouvé de façon scientifique au sein de cette population que les troubles que vit une personne ont commencé avant l'âge de deux ans. Ils ont commencé parce que l'enfant n'a pas eu de famille et n'a pas bénéficié du soin de ses parents ni de sécurité, comme l'a expliqué M. Mussell.

En tant que chirurgien cardiaque, j'ai pratiqué des opérations sur des gens qui n'avaient plus que huit ou dix heures à vivre. C'étaient des situations dramatiques. Cependant, ce que j'ai fait de plus important dans ma vie, c'est mettre sur pied un service de prévention à l'Institut de cardiologie en vue de permettre à ces gens de vivre jusqu'à 80 ans sans maladie cardiaque.

Si nous voulons contribuer à enrayer ce problème horrible, il faut veiller à combler les besoins exposés par M. Mussell. Je laisse les spécialistes s'occuper de cette question, car c'est vraiment là qu'il faut commencer.

M. Mussell : J'ai quelque chose à ajouter. D'après des données provenant des États-Unis, les communautés qui dépendent de plus en plus des professionnels et d'aide gratuite s'occupent moins d'elles mêmes. C'est véritablement ce qui se produit dans la plupart de nos communautés, mais surtout celles où le suicide, la violence et d'autres types d'abus existent depuis longtemps.

Mme Dedam-Montour : Une histoire m'est venue à l'esprit lorsque nous étions en train de parler de la répartition des fonds et du domaine prioritaire. Il faut s'attaquer au problème à plusieurs niveaux.

Dans le train qui m'a amenée ici, j'ai rencontré une infirmière en santé communautaire qui travaille à Santé Canada. Elle a élaboré une stratégie antitabac comprenant un programme visant à sensibiliser les élèves de la 5^e à la 8^e année aux effets nocifs du tabagisme. Un jour, après son exposé dans une école, elle a demandé aux élèves combien d'entre eux fumaient. Il s'agissait d'élèves âgés de 11 à 14 ans. L'un d'eux a répondu qu'il fumait depuis qu'il avait huit ans.

Après la séance d'information, l'infirmière s'est rendue compte qu'elle avait une idée préconçue de l'âge auquel les jeunes commencent à fumer. Elle a dû restructurer son programme de sorte qu'il s'adresse aux enfants de maternelle et de première année. Elle leur enseigne les effets du tabagisme et de la fumée secondaire et elle leur parle des dangers. Elle tente d'obtenir d'eux la promesse qu'ils ne fumeront jamais.

That is a similar story with the Inuit. They were teaching the Inuit kids up north not to smoke. The kids were going home to their parents saying, "It is my right to have a clean environment. Do not smoke." The kids are forcing their parents to go outside if they want to smoke.

The reality is we perceive a problem and we perceive it as adults; however, we have to start putting in place intervention/prevention measures so that kids who are four, five and six years old will have some ideas on how to protect themselves. We have to give them some of those tools because we are maybe going too high at the end of the ladder.

[Translation]

Senator Gill: I want to thank everyone who made a presentation. These have contributed substantially to what we heard thus far from various aboriginal representatives across the country and well as here this morning. The committee's task is not an easy one.

I would also like to thank my Senate colleagues, in particular the Chairman, for the time devoted to studying the issue of mental illness, mental health and drugs. Considerable time has been spent studying these matters.

I hope that we will see some results. I have often been told that one of the Senate's roles is to work for minority rights in the regions. The focus of our recent discussions is in keeping with the aims pursued by senators.

We discussed at great length stigmatization and identity. History has not been kind to us. In life, one needs reference points. Without reference points, where we do get our identity? A number of years ago, I was involved extensively in education. The solution at the time to the education problem was to remove young people from remote communities and relocate them to residential, non-aboriginal schools closer to urban centres. Personally, I believe the experiment was a failure because the students were never able to integrate. They were uprooted and alienated from the community.

What is happening today? Today, suicide rates have risen sharply, problems are rampant and families have been shattered. We need to find a solution.

We are calling upon the government to help us find solutions.

Of course a report will be drafted and recommendations put forward, I would imagine, along the lines of what we have often heard. I am tempted to put the following question to you: what exactly do you expect from this committee's report? What expectations do you have? Quite often, you have been a party to discussions like these, to round tables, and you have subsequently asked yourself what results have been achieved.

Perhaps I am asking too much of you, but I would like to know what your expectations are, in so far as our aboriginal communities are concerned.

Il existe une histoire similaire à propos des Inuits. Dans le Nord, on encourage également les enfants inuits à ne pas fumer. Ces enfants demandent ensuite à leurs parents de cesser de fumer parce qu'ils ont droit de vivre dans un milieu sain. Ils forcent leurs parents à aller fumer dehors.

Le fait est que nous percevons un problème avec nos yeux d'adulte. Cependant, il faut commencer à mettre en place des mesures de prévention visant à faire en sorte que des enfants de quatre, cinq et six ans sachent comment se protéger. Il faut donner des outils aux enfants de cet âge-là, car on ne vise peut-être pas la bonne cible.

[Français]

Le sénateur Gill : J'aimerais d'abord remercier tous ceux qui ont fait des présentations. Cela ajoute beaucoup à ce que nous avons entendu jusqu'à maintenant, ailleurs au pays et ce matin, des différents représentants autochtones. La tâche du comité n'est pas facile.

Je voudrais également remercier mes collègues sénateurs, en particulier le président, pour le temps consacré à l'étude de ce dossier concernant la maladie mentale, la santé mentale et les drogues. Beaucoup de temps a été consacré à l'étude de ces dossiers.

J'espère qu'il y aura des résultats. Une des tâches du Sénat, on me l'a souvent répété, c'est de travailler pour le droit des minorités dans les régions. Ce dont nous discutons maintenant depuis un certain temps rencontre les objectifs des sénateurs.

On a parlé énormément de la stigmatisation, de l'identité. Je crois que l'histoire ne nous a pas aidés. Dans la vie, on a besoin d'avoir des références; si nous n'avons pas de références, où trouvons-nous notre identité? J'ai beaucoup été impliqué dans l'éducation, il y a plusieurs années. La solution pour l'éducation des jeunes était de les prendre dans les communautés isolées et les amener proche des centres, dans des résidences et des écoles non autochtones, et cetera. Personnellement, je crois qu'on a échoué dans le sens où les étudiants ne se sont pas intégrés. Ils ont ensuite été déracinés et désintégrés de la communauté.

Qu'est-ce qu'on fait maintenant? Aujourd'hui, on connaît un taux de suicide très élevé, beaucoup de difficultés et des familles disloquées, et cetera. Il faut trouver une solution.

On demande au gouvernement de nous aider à trouver des solutions.

Il est évident qu'il y aura un rapport, des recommandations dans le sens, j'imagine, de ce que nous avons souvent entendu et souvent répété. J'aurais le goût de vous demander : qu'est ce que vous attendez de concret du rapport de ce comité? Quelles sont vos attentes? Très souvent, vous avez connu des discussions comme celles que nous avons, des tables rondes, et ensuite se demande : quels sont les résultats?

Je ne sais pas si c'est trop vous demander, mais j'aimerais avoir des réactions sur vos attentes pour nos collectivités autochtones.

[English]

Mr. Morris: I believe that the best way to deal with social problems in the communities, including suicide, is to let the community deal with the problems. We do not know what approach they will use. As I said about Angling Lake, I do not know what they did, but whatever they did, it worked.

The intergovernmental committee that I talked about earlier built on the notion that it has to be comprehensive. Federal and provincial health, INAC, education, housing, every aspect of life that the child needs to consider is involved in it, and they try to deal with it in a comprehensive way.

When the community begins to deal with its problems, it does not just deal with the issue of suicide. For example, if you read the youth forum report, you will see that although they began with the issue of suicide, the report covered life in all of its aspects including education, housing, everything that they need to survive.

I am looking for youth to say that if a community wants to come up with a strategy to deal with social problems, they need support because they need to succeed.

Senator Cordy: As a former teacher, I remember words that stuck with me throughout my entire teaching career, "A good teacher should be a guide on the side and not a sage on the stage." Perhaps that is the advice that government should take in this matter.

The Chairman: That is a good line. We may plagiarize that line.

Mr. Mussell: If we look at the challenges connected with successful collaboration, I think we can identify some of the expectations of the work of this committee. One would be to fill the void of knowledge or understanding by health care providers in particular about Aboriginal worldview, beliefs and values. That is not well understood at all. In fact, it is not really a priority in many health care providers' agenda.

Regarding the historical treatment and colonization process applied to First Nations, Inuit and Metis people, although there is better research now, it is not public enough as basic information.

There is also the importance of involving family and community in all aspects of their lives, particularly as it applies to restoration, rehabilitation and treatment.

It is also important that mental health professionals have every opportunity to become culturally competent in Canada. Canada is very distinctive and unique because of its Aboriginal people in particular.

It is also important that we have more Aboriginal trained practitioners, well-versed in their own cultural foundation as well as Western ways, and to be able to use that as a resource to build upon in regard to creating new ways and means of helping people to become effective human beings.

[Traduction]

M. Morris : Je crois que la meilleure façon de régler les problèmes sociaux que vivent les communautés, notamment le suicide, c'est de les laisser les régler elles-mêmes. Nous ne savons pas quelle approche elles utiliseront. Comme je l'ai dit à propos de la communauté d'Angling Lake, je ne sais pas ce qu'elle a fait, mais peu importe, cela a fonctionné.

Le comité intergouvernemental dont j'ai parlé plus tôt s'est appuyé sur la notion qu'il faut une approche globale. La santé, les Autochtones, l'éducation, le logement et tous les aspects de la vie de l'enfant sont pris en compte, et le comité essaie de régler les problèmes en adoptant une démarche intégrée.

Lorsque la communauté commence à s'attaquer à ses problèmes, elle ne traite pas seulement du suicide. Par exemple, si vous lisez le rapport du forum jeunesse, vous constaterez que même si les jeunes ont d'abord discuté du suicide, ils ont abordé aussi toutes les facettes de la vie, y compris l'éducation, le logement, tout ce dont ils ont besoin pour survivre.

J'espère que les jeunes diront que si une communauté souhaite élaborer une stratégie pour traiter des problèmes sociaux, ils ont besoin d'appui parce qu'ils doivent réussir.

Le sénateur Cordy : Je suis une ex-enseignante et tout au long de ma carrière, je me suis répété cette phrase : « Un bon enseignant doit être un guide discret, et non un sage qui occupe toute la scène. » Le gouvernement pourrait peut-être suivre ce conseil dans ce domaine.

Le président : Voilà qui est bien dit. Il se peut que nous reprenions cette phrase à notre compte.

M. Mussell : Si l'on considère les défis que pose une collaboration efficace, je pense qu'on peut cerner certaines attentes à l'égard de votre comité. Votre tâche serait notamment de mieux faire comprendre aux fournisseurs de soins de santé la perspective, les croyances et les valeurs autochtones, qui ne sont pas du tout comprises. En fait, ces aspects ne sont vraiment pas prioritaires pour bon nombre de ces fournisseurs.

Quant au traitement historique et au processus de colonisation dont les Premières nations, les Inuits et les Métis ont fait l'objet, la recherche s'est certes améliorée, mais l'information de base n'est pas publiquement répandue.

Il importe aussi de faire participer les familles et les communautés à tous les aspects de leur vie, en particulier au chapitre du rétablissement, de la réadaptation et du traitement.

Par ailleurs, les professionnels de la santé mentale du Canada doivent aussi avoir la possibilité d'acquérir des compétences sur le plan culturel. Le Canada est un pays particulier et unique, en grande partie en raison de son peuple autochtone.

Il importe aussi d'avoir un plus grand nombre d'intervenants autochtones dûment formés, connaissant bien leurs assises culturelles ainsi que les façons de faire occidentales, et de s'appuyer sur cette ressource pour créer de nouveaux moyens d'aider les gens à devenir des êtres humains efficaces.

It is important that resources that support good work in the communities is available and provides an unfailing belief in the ability of that community to do the job. That is important.

Your report must also address the other issues that very much affect how we live our lives and how the public treats us.

Ms. Boucher: My expectation from today's round table is that I expect the committee members to take my mental health framework to the Prime Minister and tell him that you have the solution. I am just teasing.

Mr. Mussell indicated the need to focus on the community. It has to be community-based in regards to developing a new and more culturally relevant mental health process.

In regard to today's discussions, I will be honest that I came here today with the realization that, yes, I have been invited to round table discussions, and yes, I have attended many round table discussions in regard to how we can help our First Nation communities and how to start healing and how to start working with us. The reality is that it does not go very far. The reality is that our comments and our suggestions are documented, but it has yet to be proven that they have been implemented.

Today, I would like to know that what I have said will be noted and that it will be used to the advantage of creating mental health programs, which in my tribal council we have come to call "emotional wellness and healing" because mental health has such a stigma in First Nation communities.

I would like to know that I have the support of honourable senators today to move forward. I have come here from northern Alberta, from mostly isolated, semi-isolated communities. We have huge challenges in providing quality health care, one being mental health. We need to be heard. We need to have support. We need to know that today's discussion will help us move forward.

The Chairman: It will certainly help us in drafting our recommendations; there is no question about that.

Ms. Dedam-Montour: I am new to the health field. I am not a mental health worker. I work for the interests of the community health representatives, and I try to be as informed as they are about the various issues.

When I had the opportunity to speak on mental health, I quickly went to our own resource material and tried to gather some information. My understanding is that I was going to come here and give my little perspective of my organization. I was glad to hear from the other presenters.

I am not sure of your position on the mental health issue. Somebody mentioned a document, and I do not know if there is a document, but I have not had the position from your side of the table. We are presenting you with ours.

Les personnes ressources qui appuient les communautés dans leur travail doivent être disponibles et doivent croire sans l'ombre d'un doute que ces communautés sont capables de faire le travail. Cet aspect est important.

Votre rapport doit aussi aborder les autres aspects qui influent considérablement sur la manière dont nous vivons et la manière dont le public nous traite.

Mme Boucher : Aux termes de la discussion d'aujourd'hui, je m'attends à ce que les membres du comité présentent mon document sur la santé mentale au premier ministre en lui disant qu'ils ont trouvé la solution. Je blague, bien sûr.

M. Mussell a dit qu'il fallait mettre l'accent sur la communauté. C'est bien ce qu'il faut faire pour élaborer un nouveau système de santé mentale qui soit culturellement mieux adapté.

Quant aux discussions d'aujourd'hui, je vous dirai franchement que je suis venue ici en me disant que j'avais déjà été invitée à prendre part à des tables rondes, que j'avais déjà participé à de nombreuses discussions sur la façon d'aider les communautés des Premières nations, d'entreprendre la guérison et le travail de collaboration. La réalité, c'est que ce processus ne va pas très loin. Nos commentaires et nos suggestions sont bien étayés, mais il reste à voir si on y donne suite.

Aujourd'hui, j'aimerais avoir la certitude que ce que j'ai dit sera noté et servira à créer des programmes de santé mentale, que mon conseil tribal appelle maintenant « bien-être émotionnel et guérison » parce que la santé mentale est un sujet tabou dans les communautés des Premières nations.

J'aimerais avoir la certitude que j'ai l'appui des honorables sénateurs aujourd'hui pour pouvoir aller de l'avant. J'arrive du nord de l'Alberta, où se trouvent des communautés presque isolées ou semi-isolées. La prestation des soins de santé de qualité, y compris des soins de santé mentale, pose d'énormes défis. Nous devons être entendus. Nous avons besoin d'appui. Nous devons avoir la certitude que les discussions d'aujourd'hui nous aideront à avancer.

Le président : Cela nous aiderait certainement à rédiger nos recommandations; il n'y a aucun doute à ce sujet.

Mme Dedam-Montour : Le secteur de la santé est nouveau pour moi. Je ne travaille pas dans le domaine de la santé mentale. Je travaille pour des représentants en santé communautaire et j'essaie d'être au fait des divers dossiers aussi bien qu'eux.

Lorsqu'on m'a donné l'occasion de parler de santé mentale, je me suis empressée de consulter nos propres documents et de recueillir de l'information. J'avais cru comprendre que je viendrais ici pour vous présenter le point de vue de mon organisation. Je suis heureuse d'entendre le témoignage des autres intervenants.

Je ne suis pas certaine de connaître votre position dans le dossier de la santé mentale. Quelqu'un a parlé d'un document, et je ne sais pas s'il en existe un, mais je ne connais toujours pas votre position. Nous vous présentons la nôtre.

I believe you do have an interest in addressing this issue, and my expectation is that after listening to us, you will realize that the need is greater than you thought. I believe that after convincing all of you around the table of the need, you will go to that higher level and ask for more money. I believe there is a commitment somewhere along the table to address the issue.

Mr. Blue: One thing I hoped was to be able to look at mental health as a broader issue than I have seen.

I look at the reserves. I see tremendous problems with diabetes, for example. That is a mental health problem. I see tremendous problems with other physical as well as social problems. These are problems that mental health underlies. If we are to deal with those problems, we must begin to look at them in a much broader perspective to include the community health workers. We must begin to bring together those people who are servicing at the reserve level to formulate programs to deal with them.

I am overwhelmed with the number of problems at the health centre when I have gone to the reserve. I look at, as James Morris barely mentioned, reserves split right down the centre between traditional religion and fundamentalism. The ability to bring together so that people work together is a solution that seems not to have been undertaken in seriousness in many places.

Any support you can give us for the development of an access program for psychologists would be much appreciated.

Ms. Levy: I was really delighted and optimistic when I read that you were not just looking for us to name all the problems and the issues. I assumed that you are well versed in regard to them. You seem to have that awareness and you were looking for suggestions and opportunities for action, which is very good.

We ask, what will happen? What will be implemented because of this discussion? I am very interested in that. In the end result, there must be money allocated for different programs and different strategies, et cetera. However, funding for these programs cannot be given in Aboriginal communities on a per capita basis. It just does not work, and many communities that are very small would not be funded as a result. Some of those communities are where the needs are highest. Also, funding must be given to programs which are researched and planned before implementation, based on expectations and goals that can be realistically met but they must be culturally appropriate and community driven. Community members are their own best experts. Other people cannot come in and tell them what to do. We must know that and trust that.

Senator Pearson: Thank you very much. I would like to start my commentary with some ideas and questions, first, with thanks to Senator Kirby. I am not a regular member of this committee, but I would like to commend him and his regular committee for undertaking this enormously important issue. It has been much ignored in the past and not adequately addressed. The report that

Je crois que vous êtes vraiment intéressés à régler ce problème, et je m'attends à ce que vous vous rendiez compte, à la lumière de nos témoignages, que le besoin est plus grand que vous ne l'aviez imaginé. Comme nous vous aurons tous convaincus du besoin, je crois que vous irez en haut lieu pour demander plus d'argent. Je crois que les gens autour de la table sont déterminés à régler le problème.

M. Blue : J'aurais espéré que le problème de la santé mentale soit examiné dans un contexte plus vaste.

Dans les réserves, le diabète, par exemple, cause d'énormes problèmes. Voilà un problème de santé mentale. D'énormes difficultés sont liées à d'autres troubles physiques et sociaux. Ce sont des problèmes que sous-tend la santé mentale, et si nous voulons nous y attaquer, nous devons commencer à les examiner dans une plus vaste perspective pour inclure les agents de santé communautaire. Nous devons commencer à regrouper ces personnes qui travaillent dans les réserves afin d'élaborer des programmes pour traiter de ces problèmes.

Je suis étonné par le nombre de problèmes que j'ai vus au centre de santé lorsque je suis allé dans la réserve. Comme James Morris l'a à peine mentionné, les réserves sont déchirées entre la religion traditionnelle et le fondamentalisme. Il faut amener les gens à travailler en collaboration, et cette solution ne semble pas avoir été prise au sérieux à de nombreux endroits.

Tout le soutien que vous pouvez nous donner pour mettre au point un programme d'accès pour les psychologues serait très utile.

Mme Levy : J'étais ravie et optimiste lorsque j'ai lu que vous ne vouliez pas que nous énumérions simplement tous les problèmes et les défis. J'ai présumé que vous les connaissiez très bien. Vous semblez être sensibilisés à la question et vous voulez des suggestions quant aux mesures à prendre, ce qui est très bien.

Nous demandons maintenant, que va-t-il arriver? Quelle mesure sera mise en œuvre par suite de cette discussion? J'aimerais bien le savoir. Au bout du compte, des sommes d'argent doivent être injectées dans divers programmes et stratégies, etc. Toutefois, le financement de ces programmes ne peut être attribué aux communautés autochtones en fonction du nombre d'habitants. Ce ne serait pas efficace, puisque de nombreuses communautés sont très petites et ne recevraient donc pas de financement. Or, certaines d'entre elles ont les besoins les plus criants. En outre, les fonds doivent être consacrés aux programmes qui ont fait l'objet d'une recherche et d'une planification avant leur mise en œuvre, selon des attentes et des objectifs réalistes, et ces programmes doivent être culturellement adaptés et axés sur la communauté. Les membres des communautés sont les meilleurs experts en la matière. Des gens de l'extérieur ne peuvent arriver et leur dire quoi faire. Nous devons en être convaincus.

Le sénateur Pearson : Merci beaucoup. Avant d'émettre des idées et de poser quelques questions, j'aimerais d'abord remercier le sénateur Kirby. Je ne suis pas un membre habituel du comité, mais j'aimerais le féliciter ainsi que les autres membres habituels d'avoir entrepris cette étude extrêmement importante. Ce problème a été ignoré par le passé et on n'y a pas trouvé de

will come out from this committee will be important. I hope it will be hard hitting and will receive lots of controversy which is the way you start to make things happen.

I would like to take the opportunity to express my great appreciation to James Morris, and others, for having asked me to come along with Judy Findlay, the Child Advocate for the Province of Ontario, twice now, to visit the reserves with which he is preoccupied. In both cases, it was an enormously impressive experience, both from an asset point of view and from an opportunity to see the most pressing issues in greater depth.

Looking at myself, I understand how difficult it is for so many Canadians to understand some of the things that you have all been talking about in terms of colonization and the long-term effects of the residential school syndrome, et cetera. To be there is to see it in a clearer way.

I would like a couple of suggestions and would be interested in peoples' comments. On my return from my last visit, there was a suicide on one of the reserves.

Mr. Morris: Senator, there were two suicides.

Senator Pearson: Were both in Sandy Lake?

Mr. Morris: No, in another area.

Senator Pearson: This involved a 13-year-old girl.

Mr. Morris: We postponed our trip because of it.

Senator Pearson: It brings the issue home to me in a way that is very strong, partly because I felt there was a lot of hope and positive things going on. It sort of hits you that we have a big challenge in front of us.

Since then, I have been talking about a number of people, including, Cindy Blackstock from the First Nations Child and Family Caring Society. I want to make a suggestion called Jordan's principle. Mr. Blue, you are from Winnipeg so you may know about this case. It involved a child who was severely disabled and who was in the hospital — I do not know in if he was born in the hospital or taken there. However, once he was taken to the hospital, the family wanted to have the child come back with them even though they knew the child would not live all that long. Nobody could agree on who would pay the costs for the care. The child lived for two years in the hospital and died there and never had the experience of living in a family. Jordan's principle, which has been put forward by this group, is that wherever a child ends up, so to speak, or comes to the attention of an authority, that authority assumes immediately the responsibility and they argue it out afterward. The fact that a child should spend two years in a hospital with huge expenses — because nobody would agree on who would be responsible for funding the family, with their extra costs to look after this child — is unacceptable. That is one principle: Go with the child and then sort the stuff out afterward but never let the child be the victim of conflict.

solution adéquate. Le rapport que rédigera le comité sera important. J'espère qu'il provoquera un coup de massue et suscitera la controverse, parce que c'est la façon dont on fait bouger les choses.

J'aimerais profiter de l'occasion pour remercier infiniment James Morris, et d'autres, de m'avoir demandé de visiter, à deux reprises, les réserves qui le préoccupent, en compagnie de Judy Findlay, le défenseur des enfants pour la province de l'Ontario. À ces deux occasions, l'expérience m'a beaucoup impressionnée, parce que nous étions sur place et que nous avions ainsi l'occasion de vraiment mieux comprendre les problèmes les plus urgents.

Je me regarde et je comprends à quel point il peut être difficile pour bon nombre de Canadiens de comprendre certaines des choses que vous dites au sujet de la colonisation et des effets à long terme des pensionnats, etc. On saisit mieux le problème lorsqu'on est sur place.

J'aimerais faire quelques suggestions et entendre vos commentaires. Après ma dernière visite, il y a eu un suicide dans l'une des réserves.

Mr. Morris : Madame le sénateur, il y a eu deux suicides.

Le sénateur Pearson : Tous les deux à Sandy Lake?

Mr. Morris : Non, dans une autre région.

Le sénateur Pearson : C'était une fille de 13 ans.

Mr. Morris : Nous avons reporté notre voyage pour cette raison.

Le sénateur Pearson : Le problème me frappe d'autant plus fort que j'avais l'impression qu'il y avait beaucoup d'espoir et de choses positives dans l'air. On réalise brutalement qu'on a un énorme défi à relever.

Depuis ce temps, j'ai parlé d'un certain nombre de personnes, dont Cindy Blackstock, de la First Nations Child and Family Caring Society. J'aimerais vous parler du principe de Jordan. Monsieur Blue, comme vous êtes de Winnipeg, vous êtes peut-être au courant de cette affaire. Il s'agit d'un enfant qui était gravement handicapé et qui se trouvait à l'hôpital — je ne sais pas s'il est né à l'hôpital ou s'il y a été conduit. Quoi qu'il en soit, une fois l'enfant à l'hôpital, la famille voulait le ramener à la maison même si elle savait qu'il ne vivrait pas très longtemps. Or, on n'arrivait pas à décider qui devait payer les soins. L'enfant a vécu pendant deux ans à l'hôpital et il est décédé là, sans connaître la vie de famille. Le principe de Jordan, élaboré par ce groupe, veut que chaque fois qu'un enfant est confié à une autorité, ou qu'il attire son attention, cette autorité en assure immédiatement la responsabilité, pour la rejeter par la suite. Il est inacceptable qu'un enfant passe deux ans à l'hôpital, avec les énormes dépenses que cela comporte — parce qu'on ne peut s'entendre pour désigner celui qui doit financer la famille, afin de couvrir les coûts additionnels que comporterait la garde de l'enfant. Voilà donc un principe : occupez-vous de l'enfant et démêlez les choses par la suite, mais l'enfant ne doit jamais être victime du conflit.

The second thing that I feel strongly about — and, again, this is through some of the people that I met through James Morris — is the use of art therapy generally for children and, in particular, for Aboriginal children and children who are used to visual symbols as a way of working things out and who have had less opportunity. Goodness knows our kids do not have much opportunity either to work out the understanding of their situation. These are recommendations for funders and for the people who hold the bags.

The other thing that Cindy has discovered is that, in a study of the 20 cases involving First Nations Child and Family Services, among those 20 cases there were 385 cases of jurisdictional conflicts, each one involving an average of 54 person hours. The biggest conflicts were between two federal departments; the next largest area of conflict was between two provincial departments and the lowest group was what we all think of as federal-provincial conflicts. We have some strong messages to give to our federal departments, namely, INAC and Health Canada.

The final comment I want to make is this. I agree with everybody's sense of the importance of community base for solutions to some of the issues. In those communities, as James Morris has explained, and others have reinforced, there are splits within the community. Who is the community you are working with? I would like to think that, in many cases, it is the women who are involved. My sense is that the young people are not as involved as much as they should be in community solutions. Since many of the issues relate to them, I hope the committee will make some strong recommendations about youth engagement and the engagement with young people to deal with one of the predominant issues, which is the issue of sexuality.

Many of the young high-risk women leave their homes to have their babies instead of having their babies in the community. They are at high risk; they have dysplasia and various other problems. These young women need help.

The young people themselves, as the young people I know who have been involved in the sex trade, et cetera, will suggest that we listen to them because they may give us some good ideas that would not otherwise have been considered.

[Translation]

Senator Pêpin: I would like to comment on children, one subject that was broached by the committee this morning.

We heard today that a link has been established between suicide and social relations and that balance also comes into play. According to the testimony presented this morning, children achieve a balance in their lives through tradition, history and the family. Mention was also made of the importance of keeping people in the community.

A high suicide rate among young people has been observed. If we could somehow invest in youth and children, to keep them in school and to give them the services they need, I believe it would make it easier later on to keep them in the community where they could take their place as future leaders.

L'autre chose en laquelle je crois beaucoup — et c'est, encore une fois, grâce à certaines personnes que James Morris m'a permis de rencontrer — c'est la thérapie par les arts pour les enfants en général, et plus particulièrement pour les enfants autochtones et les enfants qui ont l'habitude d'utiliser les symboles visuels pour comprendre certaines choses et qui ont eu moins de possibilité. Dieu sait que nos enfants ont peu l'occasion de comprendre ce qui leur arrive. Voilà des recommandations pour les bailleurs de fonds et ceux qui tiennent les cordons de la bourse.

Cindy a découvert également que, dans le cadre d'une étude de 20 cas où les services à l'enfance et à la famille des Premières nations sont intervenus, on a relevé 385 conflits de compétence, chacun représentant en moyenne 54 heures-personnes. Les conflits les importants opposaient deux ministères fédéraux; venaient ensuite les conflits opposant deux ministères provinciaux, tandis que les conflits fédéraux-provinciaux étaient les moins nombreux. Nous avons certains messages importants à transmettre à nos ministères fédéraux, c'est-à-dire à AINC et à Santé Canada.

La dernière observation que j'aimerais faire est la suivante. Je suis d'accord avec vous tous pour dire que les solutions à certains problèmes doivent provenir de la communauté. Comme James Morris l'a expliqué, et d'autres l'ont confirmé, il existe des clivages au sein des communautés. Avec quelle communauté travaillez-vous? J'aimerais penser que, dans de nombreux cas, ce sont les femmes qui s'engagent dans cet exercice. J'ai l'impression que les jeunes ne participent pas autant qu'ils le devraient aux solutions communautaires. Comme un grand nombre des problèmes les touchent, j'espère que le comité formulera des recommandations claires pour que les jeunes participent à l'examen d'un des problèmes prépondérants, celui de la sexualité.

Bon nombre des jeunes femmes à risque quittent leur foyer pour donner naissance à leur enfant, au lieu de demeurer dans leur communauté. Elles sont à risque; elles souffrent de dysplasie et de divers autres troubles. Ces jeunes femmes ont besoin d'aide.

Les jeunes eux-mêmes, comme ceux que je connais qui ont été impliqués dans le commerce du sexe, etc., diront que nous devons les écouter parce qu'ils pourraient nous donner de bonnes idées qui n'auraient pas été envisagées autrement.

[Français]

Le sénateur Pêpin : L'intervention que j'aimerais faire est au sujet des enfants, comme nous avons discuté ce matin.

On nous a dit aujourd'hui que le suicide est relié aux relations sociales et qu'il est également question d'équilibre. Selon les témoignages que nous avons entendus ce matin, les enfants atteignent cet équilibre à travers les traditions, l'histoire et la famille. On a également précisé combien il était important de garder les gens dans la communauté.

On constate un taux élevé de suicide chez les jeunes. Si on était en mesure d'investir chez les jeunes, chez les enfants, afin de les garder à l'école et leur donner tous les services dont ils ont besoin, je crois qu'il serait par la suite plus facile de les garder dans la communauté et d'assurer une relève.

It is important for you to have psychologists and nurses who are also members of your community. You need specialists to deal with mental illness. However, the first step in the process is to consider the impact of our actions on young children.

[English]

Mr. Mussell: A very desirable goal in terms of growth and development is that young children learn early how to find a place and make a space for themselves in whatever activities are going on within their family system. That was very common when I was a young person. I do not see it much today because families do not have those kinds of gatherings, such as work activities, work bees, picnics, things where there are systematic order to what it is they are doing. Young children who are able to do that at three, four and five have no trouble adapting in the school system. They are able to find a place and make a space, even in a public school system where they are a minority. The same applies to youth and young adults.

I had the pleasure of being part of a discussion in Winnipeg about 20 years ago and during that discussion, we talked about the significance of the reserve boundary. We asked whether the boundary was protecting us and keeping us in or whether it was unimportant unless we needed to return home and had to enter it from outside.

There is also the whole question of the ability to find a place and make a space wherever we choose to live in the world became very conscious in my mind. I thought that was a nice goal to work toward; to create opportunities for young people who as young adults are able to find a place and make a space wherever they choose to go; whether it is university, or move to Paris or London, England or South America. That is a model, a goal, and an ideal that should represent the nature of the education that is best for us. It begins by knowing our history, our culture and our traditional knowledge, our language and that kind of thing. I believe that is critical. If that could be a goal that is shared by all nations of the world it would be a much happier world in which to live.

Senator Gill: Your point about education is very important. I read recently that we have been failing our Aboriginal schools. For some years we have been able to change the programs a bit to adapt the services and things like that in the First Nations schools. However, now we have a report that says that the system is not very good.

I believe that the system seems to be bad because it is evaluated according to outside standards. We have to do something about the evaluation. Outsiders have evaluated it. If you go by outside values, it is almost a zero. There are no results. This justifies people to come back to the old system and control more and more, saying it is because the Aboriginal people are not able to do anything and that they are incompetent.

The Chairman: Evaluating someone against the incorrect frame of reference is a problem.

Il est important que vous ayez des psychologues et des infirmières de votre communauté. Vous avez besoin de ces spécialistes pour traiter les problèmes de maladies mentales. Toutefois, on doit commencer par la base et envisager l'impact très important chez les jeunes enfants.

[Traduction]

M. Mussell : Un objectif qu'il faudrait poursuivre au regard de la croissance et du développement serait de faire en sorte que les jeunes enfants apprennent très tôt à trouver leur place et à créer un espace pour eux-mêmes dans toutes les activités familiales. C'était très courant lorsque j'étais jeune. Cela ne se voit plus beaucoup aujourd'hui parce que les familles n'ont plus ces rassemblements, ces travaux, ces corvées, ces pique-niques, ces activités qui se déroulent dans un ordre systématique. Les jeunes enfants qui sont capables de le faire à trois, quatre et cinq ans n'ont pas de mal à s'adapter au système scolaire. Ils réussissent à trouver leur place et à se créer un espace, même dans un réseau d'école publique où ils sont minoritaires. La même chose est vraie pour les jeunes et les jeunes adultes.

Il y a 20 ans, j'ai eu le plaisir de participer à une discussion à Winnipeg au cours de laquelle nous avons parlé de l'importance des limites de la réserve. Nous nous demandions si les limites nous protégeaient et nous gardaient à l'intérieur ou si elles étaient sans importance à moins que nous ayons besoin de revenir à la maison et qu'il fallait franchir les limites de l'extérieur.

Il y a aussi la capacité de trouver sa place et de se créer un espace peu importe où l'on choisit de vivre dans le monde, et cette question est très présente dans mon esprit. C'est là un bel objectif à poursuivre : créer des occasions pour les jeunes qui leur permettront, lorsqu'ils seront de jeunes adultes, de trouver leur place et de se créer un espace peu importe où ils choisiront d'aller, que ce soit à l'université, à Paris, à Londres ou en Amérique du Sud. C'est un modèle, un but, un idéal qui doit se refléter dans le type d'éducation qui nous convient le mieux. Il faut commencer par connaître notre histoire, notre culture et notre savoir traditionnel, notre langue et ce genre de choses. Je crois que c'est essentiel. Si cet objectif était partagé par toutes les nations de la planète, le monde dans lequel nous vivons serait beaucoup plus heureux.

Le sénateur Gill : Ce que vous dites à propos de l'éducation est très important. J'ai lu récemment que nos écoles autochtones sont un échec. Pendant un certain nombre d'années, nous avons réussi à changer un peu les programmes pour adapter les services, et cetera, dans les écoles des Premières nations. Toutefois, un rapport nous dit maintenant que le système n'est pas très bon.

À mon avis, le système semble mauvais parce qu'on l'évalue en utilisant des normes extérieures. Il faut changer l'évaluation. Ce sont des gens de l'extérieur qui ont évalué le système. Si vous utilisez ces valeurs, vous obtenez pratiquement un zéro. Les résultats sont nuls. On justifie ainsi un retour à l'ancien système et la multiplication des contrôles en disant que les Autochtones sont incapables de faire quoi que ce soit et qu'ils sont incompetents.

Le président : Évaluer quelqu'un en fonction des mauvaises normes pose problème.

Mr. Blue: When I was a young child of seven, I had the opportunity to go north again and spend the summer with my grandfather, who was a fisherman. He was a trapper in the winter but in the summertime he fished for the dogs that take you out in the winter. I got into the canoe with him and go down the river to get to the MacKenzie and then down the Mackenzie to the fish camp where we set up. We had not gone probably an hour and I told him, my knees hurt, can we stop? He said "no." We went on a ways further and I asked him again. This process went on for the next couple of hours. I am sure because of my complaining he finally pulled in, but in the process each time I would ask him, he would say to me, "The trees don't say that." When we finally did stop I told him that I did not hear the trees say anything. He seriously and honestly heard the trees in the environment talking to him. This is something I have lost.

There is a tremendous amount to learn from the elders. They have their own unique way of looking at the world. It is tremendously important that we once again tap into that understanding, that knowledge. I think the bush talked to him, and what a loss.

Senator Cook: Dr. Blue, I should tell you that the Fogo Island Cooperative is very much a booming enterprise so you did do something well that day. There has been no out-migration on Fogo Island. The biggest challenge that they have is the way the fishery is managed, but that will be left for another table.

The President of Ireland recently came and celebrated 500 years of Irish people settling in Tilting. That is one of our good news stories.

I want to come back to recognizing the challenge that we have before us. We must understand the diversity that we have in this country and realize that we can live together in a global village.

You talked about communities in respect of capacity building and health. We are struggling with the challenge of mental health and mental illness. The focus has been on building a healthy community followed by the development of mental wellness as a result.

If I were to put up my determinants of jurisdiction, integration and the delivery of services, I believe that I could put up all the elements that I have heard around this table today.

You know better than I know about the framework within which we are working vis-à-vis governments, people and the integration of the jurisdictions for the delivery of services to individuals.

We are here today because it is all about helping people and their communities. Anyone may speak to those three areas, given the reality of the parameters with which we are working. Yes, you came and you can change things because I believe that you can. That is where I need help to understand.

M. Blue : Enfant, à l'âge de sept ans, j'ai eu l'occasion de retourner dans le Nord et de passer l'été avec mon grand-père, qui était pêcheur. L'hiver, il faisait de la trappe, mais l'été, il pêchait pour nourrir les chiens qui tiraient les traîneaux l'hiver. Je suis monté à bord d'un canot avec lui, et nous avons descendu la rivière jusqu'au fleuve MacKenzie, puis le fleuve jusqu'au camp de pêche. Après moins d'une heure en canot, je me plaignais déjà de douleurs aux genoux et je lui ai demandé si nous pouvions nous arrêter. Il a refusé. Nous avons poursuivi notre descente, et je suis à nouveau revenu à la charge. Nous avons continué ainsi pendant quelques heures. Je suis sûr qu'à cause de mes jérémiades, il a fini par accoster, mais tout au long du voyage, chaque fois que je lui demandais d'arrêter, il me répondait : « Ce n'est pas ce que disent les arbres. » Quand nous avons enfin débarqué du canot, je lui ai dit que je n'avais pas entendu les arbres dire quoi que ce soit. Sérieusement et honnêtement, il entendait les arbres lui parler. C'est un don que j'ai perdu.

Il y a énormément à apprendre des aînés. Ils ont leur propre conception du monde. Il est de la plus haute importance que nous puissions à nouveau à cette source de connaissance, de savoir. Les arbres lui parlaient. Quelle perte immense!

Le sénateur Cook : Monsieur Blue, il faudrait que je vous dise que la Fogo Island Cooperative est une entreprise en plein essor, de sorte que vous avez accompli quelque chose cette journée-là. Personne ne cherche à quitter l'île. Son plus grand défi concerne la gestion du poisson, un sujet qui relève d'une autre table de discussion.

Le président de l'Irlande est venu récemment célébrer cinq cents ans de présence irlandaise à Tilting. C'est là un de nos bons coups.

J'aimerais revenir à la reconnaissance du défi qui nous attend. Il faut comprendre la diversité de notre pays et prendre conscience que nous pouvons vivre ensemble dans ce village global.

Vous avez parlé de prise en charge en ce qui concerne l'acquisition de capacités et la santé. Nous sommes aux prises avec des problèmes de santé et de maladie mentales. Nous nous sommes efforcés de bâtir une collectivité saine qui jouirait de bien-être mental.

Si je devais donner ma propre définition de compétence, d'intégration et de prestation de services, je nommerais tous les éléments dont j'ai entendu parler autour de cette table, aujourd'hui.

Vous connaissez mieux que moi le cadre au sein duquel nous travaillons par rapport aux gouvernements, aux gens et à l'intégration des compétences pour assurer la prestation de services aux particuliers.

Nous sommes réunis ici aujourd'hui pour aider les gens et leurs collectivités. N'importe qui peut prendre la parole au sujet de ces trois questions, dans les limites des paramètres qui ont été fixés. Vous êtes effectivement venus, et on peut provoquer des changements parce que je suis convaincue qu'on en est capable. Voilà où il faut m'aider à comprendre.

I heard the issues of jurisdiction and the issues of integration into that jurisdiction in order to have a healthy community where there is mental wellness. I understand that there some elements cause a person to become mentally ill.

Mr. Mussell: That is where the notion of community of care comes into play in every way. Every community has a few families who enjoy that quality of life. They are an unexplored resource. They are not being encouraged to provide the kind of leadership that they could provide. Sometimes those families are the most marginalized families in the community because they are a minority and are different from the majority. That is tragic because, in my view, in most instances they are the more traditional families in that they are self-caring, co-reliant and they take responsibility for their children. Often, they are not encouraged to run for chief or to be on the council. They are not encouraged to apply for jobs at the band level and if they do run or apply for the job, often they are not hired. That is a huge community development challenge from the point of view of reframing values to see the world in a different way in order to begin to recognize the tremendous resources those people can bring to the community. That does not cost much money but over time the payoff would be tremendous. It is important to recognize that the core families of our communities have been core families for hundreds of years.

The Chairman: One of the interesting things in your comment, Mr. Mussell, is that all of us who are non-Aboriginal would have been inclined to think of the Aboriginal community on reserve X as homogeneous. The point you are making is the opposite, and there is no reason why any group of several hundred people ought to be homogeneous.

The reality is that I do not know that I do it as a conscious thing but there is a subconscious assumption that there is an Aboriginal policy because they are kind of all the same. Therefore, in that sense your comment is that there can be the same kind of discrimination among people on the reserve as there is toward the people on the reserve.

Mr. Mussell: Some of the strongest leadership in our communities has been provided by women who married into our communities from another community. It is the women who relocate more often than the men. Honestly, some of the first chiefs we had in British Columbia, back to the late 1950s and early 1960s, were outsiders; and my mom was one of them. They married into the community. Often in those circumstances they are not fettered with the positives and negatives of the family history because they are brand new.

Mr. Devlin: It is important to differentiate between mental problems and mental illness. There is no reason to expect, and I see no evidence that mental illness is any greater within the native community than it is in the general population. The fact that we

J'ai entendu parler des enjeux de compétences et de l'intégration de celles-ci de manière à avoir une collectivité saine où règne le bien-être mental. Je sais que certains éléments provoquent chez certains la maladie mentale.

M. Mussell : C'est là qu'entre pleinement en jeu la notion de prise en charge. Chaque collectivité compte quelques familles qui jouissent de cette qualité de vie. Elles représentent une ressource inexploitée. On ne les encourage pas à assumer le genre de leadership qu'elles pourraient offrir. Parfois, ces familles sont les plus marginalisées de la collectivité parce qu'elles sont minoritaires et diffèrent de la majorité. C'est dommage parce qu'à mon avis, la plupart du temps, elles représentent les familles les plus classiques, en ce sens qu'elles prennent soin de leurs membres, s'entraident et assument la responsabilité de leurs enfants. Leurs membres ne sont souvent pas encouragés à se présenter comme chef ou comme membre du conseil. Ils ne sont pas encouragés à postuler des emplois offerts par la bande et, s'ils le font ou se portent candidats à des élections, ils ne sont pas choisis. Voilà qui représente un énorme défi pour le développement de la collectivité du point de vue d'une réorganisation des valeurs de manière à voir le monde différemment afin de reconnaître les vastes ressources que peuvent contribuer ces personnes à la vie collective. Cela ne coûterait pas très cher, mais rapporterait beaucoup à la longue. Il importe de reconnaître que les familles à la base de nos collectivités le sont depuis des siècles.

Le président : Une des choses intéressantes que vous avez dites, monsieur Mussell, c'est que tous ceux d'entre nous qui ne sont pas autochtones auraient été portés à croire que la collectivité autochtone habitant la réserve X était homogène. Ce que vous dites, en fait, c'est l'opposé, et il n'y a pas de raison pour laquelle un groupe de plusieurs centaines de membres devrait être homogène.

La réalité, c'est que je ne sais pas si c'est conscient, mais on suppose inconsciemment qu'il existe une politique à l'égard des Autochtones parce qu'ils sont tous à peu près pareils. Par conséquent, en ce sens, vous affirmez qu'on peut pratiquer le même genre de discrimination à l'intérieur même de la réserve que de l'extérieur.

M. Mussell : Certains des plus grands leaders de nos collectivités ont été des femmes qui ont épousé un membre de celles-ci, mais qui venaient d'ailleurs. Plus souvent qu'autrement, ce sont les femmes qui suivent leur époux. Pour être honnête, certains des premiers chefs que nous avons eus en Colombie-Britannique, vers la fin des années 1950 et au début des années 1960, venaient de l'extérieur; ma mère était de ce nombre. Ils suivaient leur époux. Souvent, dans ces cas-là, ils ne sont pas influencés par l'historique familiale parce qu'ils viennent tout juste de se joindre à la collectivité.

M. Devlin : Il importe de faire une distinction entre les troubles mentaux et la maladie mentale. Il n'y a pas de raison de s'attendre à ce que la maladie mentale soit plus fréquente au sein de la collectivité autochtone qu'au sein de la population générale, et je

have more mental problems is true. That is what we are referring to and looking at. There is a highly significant difference between the two.

The Chairman: Explain to the committee the difference between mental illness and mental problems.

Mr. Blue: Mental illness interferes with the three functions of life: you cannot maintain a job; you cannot care for your family; and you cannot pursue a given place within your family or community. Things that interfere at this point become mental illness — psychosis or very severe neurosis, as defined by Management Sciences for Health, MSH, and the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — Fourth Edition*, DSM-IV.

The Chairman: You would call an episodic period of depression a mental problem and not a mental illness.

Mr. Blue: Yes. We can deal with such a problem at the community level provided we have the professionals available.

Mr. Devlin: To build on Dr. Blue's comment, I have always seen it as mental distress versus mental illness. The level of mental distress can be a specific episode that lasts a certain length of time but I would not classify it as a mental illness.

At one time psychiatrists in the Nishnawbe-Aski area were educated in Scotland and England. They would arrive from the University of Toronto to work in the area. They classified people with many strange multiple personality disorders and exotic mental illnesses. One time I spoke to a lady after she had seen the psychiatrist and asked what she had said to him. She said that she had simply told him about her life and he gave her medications to take. That is the reality and, often, the worldview and the sense of values and beliefs is very different so the psychiatrist's paradigm missed it all together and did not click on what was happening to that person.

The Chairman: The psychiatrist would have thought that Arthur's father was very ill; just to get it right.

Mr. Devlin: Yes, because he was listening to the trees.

Senator Cook: I want to make an observation about caring communities. In the 1990s, Newfoundland was hit by the cod moratorium, which displaced 30,000 Newfoundlanders to other parts of this nation. Into those communities went a community development officer to help stabilize the community and to deal with what was happening. Do you see that as a component of a caring community?

Mr. Mussell: That is effective community development and is well worth the investment. I am aware of the history of secondary adult education in the eastern part of the country and its effectiveness.

On the point of language, I know fluent speakers of some of our coastal languages. One of the teachers told me the story that would explain Mr. Blue's little story. Her father taught her and

n'en vois pas de preuve. C'est vrai que les Autochtones sont aux prises avec plus de troubles mentaux. C'est ce dont il est question. Il existe une très grande différence entre les deux.

Le président : Veuillez expliquer au comité la différence entre les deux.

M. Blue : La maladie mentale nuit aux trois grandes fonctions de la vie : elle empêche de conserver un emploi, de prendre soin de sa famille et de chercher à se faire une place au sein de la famille ou de la collectivité. Tout ce qui empêche d'assumer ces trois fonctions devient une maladie mentale — une psychose ou une neurose très grave, au sens de Management Sciences for Health (MSH) et de la quatrième édition de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-IV*.

Le président : Ainsi, un épisode de dépression est un trouble mental plutôt qu'une maladie mentale.

M. Blue : Oui. On peut régler le problème au niveau de la collectivité, à condition d'avoir à sa disposition les professionnels voulus.

M. Devlin : J'aimerais renchéir sur ce qu'a dit M. Blue. J'ai toujours considéré cela comme de la détresse mentale plutôt que comme une maladie. La détresse mentale peut prendre la forme d'un épisode particulier qui dure un certain temps, mais je ne le qualifierais pas de maladie mentale.

Jadis, les psychiatres de la région Nishnawbe-Aski étaient formés en Écosse et en Angleterre. Ils débarquaient dans la région fraîchement diplômés de l'Université de Toronto. Ils diagnostiquaient chez les gens de multiples troubles de la personnalité et des maladies mentales exotiques. Je me souviens d'avoir jase, une fois, avec une dame qui venait de voir le psychiatre et je lui ai demandé ce qu'elle lui avait dit. Elle m'a répondu qu'elle lui avait simplement raconté sa vie et qu'il lui avait prescrit des médicaments. Voilà la réalité et, souvent, la conception du monde, le sens des valeurs et les croyances sont très différents, de sorte que le psychiatre n'y voit que du feu et ne comprends pas ce que vit la personne.

Le président : Le psychiatre aurait cru que le père d'Arthur était très malade; juste pour être sûr d'avoir bien compris.

M. Devlin : Oui, parce qu'il écoutait les arbres parler.

Le sénateur Cook : J'aimerais faire une observation au sujet de la prise en charge. Dans les années 1990, Terre-Neuve a été frappée d'un moratoire relatif à la pêche de la morue, ce qui a provoqué le déplacement des 30 000 Terre-Neuviens vers d'autres régions du pays. Un agent de développement communautaire s'est rendu dans ces collectivités pour aider à les stabiliser et à faire face au bouleversement. Voyez-vous une pareille initiative comme faisant partie de la prise en charge?

M. Mussell : C'est là une forme de développement communautaire efficace qui vaut bien l'investissement. Je suis au courant de l'historique du recyclage des travailleurs adultes dans la partie est du pays et de son efficacité.

Pour ce qui est de la langue, je connais des personnes qui parlent couramment nos dialectes côtiers. Une des enseignantes m'a raconté une histoire qui explique l'anecdote de M. Blue. Son

said this: If you learn the traditional language on the laps of your caregivers — all of the movements, actions and expressions and so on, both verbal and non-verbal — you will be in touch with everything in your world, including that which happens with nature, with the trees and the animals and the birds. Wherever you go, you are connected.

However, if you have learned a second language and it is an institutional language like the foreign languages that are often taught in the Canadian public school system, you do not have that same ability; you do not have the same command. You do not see in the language; you do not dream in the language; you do not think in the language. When that happens, you do not have the tools to be in touch with all things natural, all of nature. The traditional speakers really believed that we can communicate with the trees and we can hear messages and feel connections.

Mr. Morris: I just wanted to tell Senator Cook that I do not think that her questions about jurisdiction, integration and — what was the third point?

Senator Cook: The delivery of service.

Mr. Morris: I do not think we are answering your questions very well.

Senator Cook: You are being helpful but you are not there yet.

Mr. Morris: I was wondering if after we give it some more thought, could we convey our thoughts to you later?

The jurisdictional issue is a very difficult issue. I do not know if the intergovernmental committee recognizes that issue. Rather than dealing with government policy, they have just said that those of us sitting around the table were going to do business in a different way. When the time comes to deal with an issue, we will not worry about policy right now, we will just see who can do this and we will worry about policy and money later. That is similar to your approach.

I am not sure I understand everything that Mr. Mussell is talking about with the community of care — I would like to learn more about it — but I agree with it. Where it begins is with each individual like myself. This is why with organizations like mine, I need money to literally train people how to be parents. We have to do that. I learned that from my experience as a residential victim.

I had two families. I had an earlier family and I literally destroyed a marriage with drinking and anger that I got from being who I am. In my second marriage, I changed a little bit. I stayed with a Mohawk from Six Nations who took me through my journey to learn why I was so angry and all that.

Today, I have a son who is 12 years old. My goal today is to make sure that he does not inherit what I had — the anger, the residential school and the feelings of anger that I have about being a native person. I do not want him to have that baggage when he grows up. I want him to learn to be who he is and he is doing that.

père lui avait enseigné et lui avait dit ceci : « Si tu apprends la langue ancestrale sur les genoux des membres de ton entourage — toute la gestuelle, les mimiques et les expressions tant verbales que non verbales —, tu comprendras tout ce qui existe dans ton univers, y compris ce qui se passe dans la nature, les arbres, les animaux et les oiseaux. Quel que soit l'endroit où tu te trouveras, tu sera en symbiose avec ce qui t'entoure ».

Cependant, l'apprentissage d'une langue seconde, d'une langue institutionnelle comme les langues étrangères souvent enseignées dans le système public canadien, ne confère pas la même capacité. On ne la maîtrise pas aussi bien. On ne voit pas la langue; on ne rêve pas dans cette langue; on ne pense pas dans cette langue. À ce moment-là, on n'a pas les outils voulus pour être branché sur tout ce qui est naturel, sur la nature. Ceux qui parlaient les langues ancestrales étaient vraiment convaincus qu'il était possible de communiquer avec les arbres, d'entendre des messages et de se sentir en symbiose avec la nature.

M. Morris : Je tenais simplement à dire au sénateur Cook que je ne crois pas que ses questions au sujet des compétences, de leur intégration et — quel était le troisième point au juste?

Le sénateur Cook : La prestation de services.

M. Morris : Je ne crois pas que nous répondions très bien à vos questions.

Le sénateur Cook : Vous m'aidez à trouver la réponse, mais je ne l'ai pas encore.

M. Morris : Je me demandais si, après y avoir réfléchi un peu, nous pouvions vous communiquer notre réponse plus tard.

La question des compétences est très compliquée. J'ignore si le comité intergouvernemental est conscient de cet enjeu. Plutôt que de traiter de politique gouvernementale, il a simplement dit que ceux d'entre nous qui se trouvent à la table allaient faire les choses différemment. Quand vient le temps de débattre d'une question, nous ne nous inquiéterons pas tout de suite de politique; nous verrons simplement qui peut le faire et nous nous inquiéterons de politique et d'argent plus tard. Cela ressemble à votre approche.

Je ne suis pas sûr d'avoir compris tout ce dont parle M. Mussell au sujet de la prise en charge — j'aimerais en savoir plus —, mais l'idée me plaît. Tout commence au niveau de l'individu, comme moi. C'est pourquoi des organismes comme le mien ont besoin d'argent, pour littéralement enseigner l'art d'être parent. C'est quelque chose qu'il faut le faire. Mon expérience comme victime des pensionnats me l'a appris.

J'ai eu deux familles. Mon alcoolisme et la rage qui m'habitait ont littéralement détruit mon premier mariage. J'ai changé un peu lors du second. J'ai habité avec un Mohawk des Six-Nations qui m'a aidé à comprendre pourquoi j'étais si enragé et tout le reste.

J'ai maintenant un fils de douze ans. Mon but actuellement est de faire en sorte qu'il n'hérite pas du même bagage que moi — toute la colère, le pensionnat et mon ressentiment face au fait que je suis autochtone. Je ne veux pas qu'il ait à connaître les mêmes expériences. Je souhaite qu'il apprenne qui il est, et c'est ce qu'il fait.

It is hard. It is almost like the AA model that you take it day by day. I have to watch myself every day when he does something stupid, like screwing up my computer. He is really good on the laptop but sometimes he does things that I cannot figure out. I have to make sure that I do not get mad. I have to check myself and respond like his father.

If my goal is to make him realize that he has to grow up to be a caring and loving individual, I have to show him that example. That is what all of the community has to learn and that is a big job.

Senator Keon: I did not want to leave this subject because it fascinates me. There is a conflict here between person-centred programs or patient-centred programs and jurisdiction. Perhaps we should come back to Lorraine and put her behind the eight-ball.

I find it very interesting when I am in Edmonton and Winnipeg to observe the native people on the street. It is true there is a net for them in the social structure of the provincial health system; however, the reality is that they are lost souls.

One of the big failures of the Aboriginal health system is they have a total inability to follow that patient when he or she gets outside the jurisdiction that your organization oversees.

It seems to me that you have to get tough about this, raise your horizons, and say this native person has certain rights and we will follow that person and see to his or her care. We do not care where they are.

I want to hear your comment on that. As a matter of fact, join in the dance around the table.

Ms. Boucher: Thank you, Senator Keon, for putting me on the spot. I would just like to say that the jurisdictional issues that we contend with in Alberta — and I am sure in other provinces — in regard to the federal and provincial care that we are under as First Nations people is always a challenge.

In my community if a community member needs mental health counselling, it used to be up until about five years ago that they were able to access psychologists in Edmonton, for example, within the provincial system.

That has changed. What we are now able to cover in regard to the cost of travel and accommodation for our community members is that they have to go to the nearest counselling services. Sometimes, they are not able to continue seeing a psychologist that they have been seeing in Peace River or in Edmonton. That type of change can hurt their recovery.

I find that as First Nations people are always being thrown back and forth like a political football concerning accessing services. When we are on reserve, we are under the federal

C'est difficile. Je vis presque comme un AA, une journée à la fois. Tous les jours, je dois surveiller ma réaction quand il fait quelque chose de stupide, comme bousiller mon ordinateur. Il est très bon sur le portable, mais parfois il fait des choses que je n'arrive pas à comprendre. Je dois me garder de me mettre en colère. Il faut que je me maîtrise et que je réagisse comme un père.

Si je veux qu'il apprenne à être une personne attentive et aimante, il faut que je lui donne l'exemple. C'est ce qu'il faut que toute la collectivité apprenne, et c'est un défi de taille.

Le sénateur Keon : Je ne souhaite pas mettre fin à ce débat, car toute la question me fascine. Il y a un conflit ici entre les programmes axés sur la personne ou sur le patient et la compétence. Il faudrait peut-être revenir à Lorraine et lui demander d'y voir.

Quand je me trouve à Edmonton et à Winnipeg, je trouve très intéressant d'observer les Autochtones dans la rue. Vrai, il existe un filet à leur intention dans la structure sociale du système de santé provincial. Par contre, la réalité, c'est que ce sont des laissés-pour-compte.

Un des grands échecs du système de santé en relation avec les Autochtones est qu'il est tout à fait incapable d'assurer un suivi du patient quand celui-ci quitte la région dont votre organisme est responsable.

Il me semble qu'il faut que vous vous retroussiez les manches, que vous élargissiez vos horizons, que vous reconnaissiez que l'Autochtone a certains droits et que vous en assuriez le suivi et voyiez à ses soins, peu importe où il se trouve.

J'aimerais savoir ce que vous en pensez. En fait, joignez-vous à nous ici et entrez dans la danse.

Mme Boucher : Sénateur Keon, je vous remercie de m'avoir ainsi mise sur la sellette. J'aimerais tout simplement dire que les questions de compétences auxquelles nous faisons face en Alberta — tout comme d'autres dans les autres provinces, j'en suis sûre — en ce qui concerne les soins assurés par le fédéral et la province dont nous relevons en tant que membres des Premières nations sont toujours un défi.

Au sein de ma collectivité, si un membre a besoin de counselling en matière de santé mentale, jusqu'à il y a cinq ans environ, il pouvait consulter des psychologues à Edmonton, par exemple, et le système provincial en défrayait le coût.

Ce n'est plus le cas. Nous ne pouvons désormais défrayer le coût du déplacement et du logement des membres de notre collectivité que jusqu'au service de counselling le plus proche. Parfois, les membres de notre collectivité ne peuvent pas continuer de voir le psychologue qu'ils avaient l'habitude de consulter à Peace River ou à Edmonton. Ce genre de changement peut nuire à leur guérison.

Je constate que la classe politique se renvoie constamment la balle quand il est question de l'accès des membres des Premières nations aux services. Quand nous habitons dans la réserve, nous

government; when we are off reserve, we are under the provincial government.

The level of mental health services is really quite sad as far as providing any real counselling for our communities, and not only the mental health services. However, we have certainly tried to address the diabetes epidemic in our communities.

For the past four years, I have been working on a project called Many Jurisdictions, One System: A Diabetes Integration Partnership. The project brings together federal and provincial representatives, regional health authorities, and my health directors. We collaborate on how to improve the communication and relationships from the community to primary care and to tertiary care, which is in Edmonton for most of my communities.

I would need more time to go into detail, but most of my community members have to travel by Greyhound bus, which is a 12-hour ride from our northern community to Edmonton for any sort of tertiary care or specialty diagnostics.

We have enormous challenges. My project focuses on diabetes and diabetes and foot care, and includes mental health in the model. We were able to hire a psychologist within the tribal council to work with our twelve communities.

Unfortunately, the level of funding is always a challenge. I am constantly in deficit in regard to my programs. I believe that there is a way to bridge both governments. I believe that there is a way to work with both governments and also with us as First Nations people at the table in regard to addressing the jurisdictional issues that are detrimental to our health.

I have also started to develop a knowledge-broker project where we are bringing in our traditional elders to work with the Western health care providers, and this is in respect and honouring our First Nation communities. We are searching for solutions to our jurisdictional problems.

I am not sure that I have answered your question. I am hoping that in a roundabout way that I have touched on some of what you have said.

Senator Keon: You have done very well. It was a rather brutal question at the end of the day. Just to get really cruel, let me ask you now about the patient who is making progress with counselling. He has two appointments and then gets lost in Edmonton. Who finds him and gets him back in?

Ms. Boucher: I will be as honest and say that there is no one. There is no one that goes and finds him. There is no one that follows up. There is no one there that will provide the guidance to get him back home.

Some of our members have had to stop counselling sessions because of government cutbacks, such as medical transportation cutbacks, and those people are lost in the system. The cost to

relevons du gouvernement fédéral. Quand nous habitons à l'extérieur de la réserve, nous relevons du gouvernement provincial.

Le niveau des services en santé mentale est vraiment déplorable pour ce qui est d'offrir de véritables services de counselling à nos collectivités, et pas seulement en santé mentale. Toutefois, nous nous sommes certes efforcés de lutter contre l'épidémie de diabète qui sévit dans nos collectivités.

Depuis quatre ans, je travaille à un projet appelé « Many Jurisdictions, One System : A Diabetes Integration Partnership ». Il réunit des représentants des gouvernements fédéral et provincial, des régies de santé régionales et mes administrateurs de la santé. Nous collaborons en vue d'améliorer la communication et les relations avec la collectivité, des soins primaires jusqu'aux soins tertiaires, qui se trouvent à Edmonton pour la plupart des collectivités.

J'aurais besoin de plus de temps pour vraiment entrer dans le détail, mais la plupart des membres de ma collectivité doivent, pour recevoir des soins tertiaires ou obtenir un diagnostic de spécialiste se rendre par autocar Greyhound jusqu'à Edmonton, un voyage de douze heures.

Les défis sont énormes. Mon projet se concentre sur le diabète et les soins de pied pour diabétiques, et le modèle inclut la santé mentale. Le conseil tribal a réussi à embaucher un psychologue qui est au service de nos douze collectivités.

Malheureusement, le niveau de financement est constamment un problème. Je suis constamment dans le rouge. Je crois qu'il a moyen d'établir un pont avec les deux gouvernements. Je crois qu'il y a moyen pour les deux ordres de gouvernement et nous, en tant que Premières nations, de nous concerter à la table de manière à régler les problèmes de compétence qui nuisent à notre santé.

J'ai aussi commencé à développer un projet d'échanges de connaissances qui permet aux aînés de travailler avec les fournisseurs de soins de santé de l'Ouest, dans le respect de nos communautés autochtones. Nous cherchons des solutions à nos problèmes de partage des compétences.

Je ne suis pas sûre de vous avoir éclairé. J'espère néanmoins avoir apporté, de manière indirecte, quelques éléments de réponse.

Le sénateur Keon : Vous vous êtes très bien débrouillée. Après tout, c'était une question assez difficile. Pour compliquer un peu plus les choses, j'aimerais que vous me disiez ce qu'il advient d'un patient qui après deux séances de thérapie va mieux, mais se retrouve ensuite livré à lui-même, perdu dans Edmonton. Qui va le chercher pour s'en occuper?

Mme Boucher : Honnêtement, personne, parce qu'il n'y a aucun suivi. Personne ne s'occupera de le ramener chez lui.

Certains de nos membres ont dû mettre fin à leur thérapie à cause des compressions gouvernementales, dans le transport médical entre autres. Ces personnes sont oubliées par le système.

travel to Edmonton or Peace River is too heavy a burden for them to carry without assistance. They are lost in the community. They are not able to continue their healing process.

Senator Gill: I believe that it is a fact that people refuse to give services to members of First Nations because everybody would like to see the other government giving this service. We are facing the old policies of assimilation. People just try not to give the services if it is possible not to give the services.

I have a perfect example of that situation. Bill C-31, concerning the native women returning to the bands, created many arguments on the reserves.

On my reserve, for example, we had to have 1,000 people, on limited land and limited money because we did not have any more money for that purpose. We had to face our chief and there were many fights among our members. It was a tough time to face those difficulties without too much funding. There were many arguments over who would pay for the services.

Mr. Blue: In Manitoba, I have been retired for a number of years, so I only speak then. I flew to work in an airplane most mornings. I have also seen patients in Winnipeg. In the process, I found the community health worker to be an excellent resource. I also found the workers within the City of Winnipeg to be excellent, and I tried to furnish them with a list of people that I expected to see. They went and got them many times, sometimes off the street or in the areas in northern Winnipeg.

As well, on the reserve, the community health centre worked well with me. Again, I suggest to you that the big thing that worked so well and made the reserve community work well were those weekly meetings, which brought everybody together. We sat there and said, "Look, these are the people I am seeing, and these are the kind of problems we have. What can we as a group do to help sometimes the family, sometimes the individual?"

That community meeting really was very important. The community health workers were absolutely essential in the process of seeing all this done.

I sat back and I said, "I want this," and they did it.

The Chairman: Your example is a perfect one, at least in my mind, of Ms. Boucher's concept of one system, many jurisdictions.

Senator Callbeck: Debbie, you said that it is your hope that after we heard the presentations today, we would realize the need is greater than we ever thought. As far as I am concerned, that is the way I feel.

Les frais de déplacement pour se rendre à Edmonton ou à Peace River sont un fardeau qu'elles ne peuvent assumer seules. Il n'y a aucun espoir pour ces gens dans la communauté parce qu'ils ne peuvent pas poursuivre leur processus de guérison.

Le sénateur Gill : C'est un fait que les Autochtones se voient refuser des services, et c'est parce que les différents ordres de gouvernement se renvoient la balle. Nous sommes confrontés aux vieilles politiques d'assimilation. Quand c'est possible, on n'offre pas de services.

J'en ai un exemple parfait. Le projet de loi C-31, concernant les femmes autochtones réintégrant les bandes, a suscité bien des discussions dans les réserves.

Dans la mienne, par exemple, nous avons entassé 1 000 personnes sur un petit territoire parce que notre budget était insuffisant. Nous avons dû nous confronter à notre chef et plusieurs conflits ont éclaté entre nos membres. Cela a été difficile de faire face à ces problèmes compte tenu du manque de financement. Les gens se disputaient pour savoir qui devait assumer le coût des services.

M. Blue : J'ai pris ma retraite il y a plusieurs années, je vous parlerai donc de mon expérience passée, au Manitoba. Je prenais l'avion presque tous les matins pour aller travailler, mais je voyais aussi des patients à Winnipeg. Avec le temps, j'ai découvert que les agents de santé communautaire étaient d'excellentes personnes-ressources. J'ai aussi apprécié le grand professionnalisme des travailleurs de la santé de la ville de Winnipeg, à qui je m'efforçais de donner la liste des personnes que je voulais voir. Ces gens allaient les chercher et les trouvaient souvent, parfois même dans la rue ou dans les quartiers nord de Winnipeg.

Par ailleurs, je pouvais compter sur la collaboration du centre de santé communautaire de la réserve. J'ajouterais que les réunions hebdomadaires, auxquelles tout le monde participait, étaient très fructueuses et favorisaient grandement le bon fonctionnement de la réserve. Nous nous asseyions ensemble et parlions de nos problèmes, et nous cherchions des façons d'aider les familles et les individus.

Ces réunions étaient vraiment très importantes. Les agents de santé communautaire jouaient un rôle absolument essentiel dans le processus.

Lorsque je leur demandais de faire quelque chose, je pouvais compter sur eux.

Le président : Votre exemple illustre parfaitement, au moins à mon avis, le concept d'un système, plusieurs sphères de compétence, introduit par Mme Boucher.

Le sénateur Callbeck : Debbie, vous avez dit espérer qu'après l'audition des témoins, nous comprendrions que les besoins sont plus criants que nous ne l'aurions imaginé. En ce qui me concerne, vous aviez raison.

Mr. Morris according to this chart, it covers a 24-year period, but in 1982, 1983 and 1984, there are no suicides. Then in 1986, it starts to skyrocket. It goes down a bit in 1998. Why has it escalated so much from 1986?

Mr. Morris: I did not have a chance to get to that part. There are several reasons for the escalation. Mr. Devlin can help me on this if he wishes.

One of the reasons is that we have had a lot of sexual predators in our area. In particular, there was an Anglican priest who lived in our area for 17 years. I got married in 1969, and he participated in my first wedding. He had authority in the community. He was a pilot. He was in Boy Scouts, and he had access to 17 communities in northwestern Ontario as well as northern Manitoba.

All during the time he was there, he abused boys. I believe that many of these boys started to mature to an age where they started committing suicide. When I became a deputy grand chief for the band in 1988, I met with some elders and they told me to keep an eye on two particular communities. They said pay particular attention to those two communities. That is where the suicides started.

That is just one reason, but coupled with the environment that I described earlier that type of personal trauma is normally enough to push the child over the edge to suicide.

I believe that is one reason why the suicides started.

The mental health experts in Toronto also told me — and I do not know who will check this out — that a pedophile has on average 500 victims before he is caught. I do not know where they came up with that figure. This guy was up there for 17 years. He has been to court three times already. He is going to court again. They have identified fewer than, let us say, 50 victims. As far as I am concerned, there are still hundreds walking around out there.

In the intergovernmental committee that I talked about, I wanted to try a new form of peer counselling. In peer counselling you teach kids how to listen to their fears and learn how they can be helped. I wanted to try a method of bringing in the victims who have identified themselves. They know each other. I wanted to say, "Who are the other people?" I wanted to bring them in for help. The intergovernmental committee did not agree with me because they said I did not have a safety net.

That is what I am doing right now, building up these mental health services, trying to treat these victims.

We do not know who they are. My nephew killed himself suddenly two years ago. I did not know until afterwards that he had been a victim, when he was about nine years old. How do you stop something like that? That is just one element. I know they are out there, but I do not know where they are. What do you do?

Monsieur Morris, d'après cette représentation graphique, cela s'étend sur une période de 24 ans, mais en 1982, 1983 et 1984, il n'y a pas eu de suicides. C'est en 1986 que leur nombre a commencé à monter en flèche. Il a diminué un peu en 1998. Pourquoi a-t-il augmenté autant à partir de 1986?

M. Morris : Je n'ai pas pu me pencher sur cet aspect de la question, mais cette hausse est attribuable à plusieurs facteurs. M. Devlin pourra m'aider à répondre, s'il le veut bien.

L'une des raisons tient au fait que nous avons eu beaucoup de prédateurs sexuels sur notre territoire, notamment un prêtre anglican qui a vécu dans notre secteur pendant 17 ans. Je me suis marié en 1969 et il a assisté à mes premières noces. Il jouissait d'une certaine autorité dans la communauté. Il était pilote. Il faisait également partie des scouts et s'occupait de 17 communautés dans le nord-ouest de l'Ontario ainsi que le nord du Manitoba.

Pendant toutes ces années, il a agressé des garçons. Beaucoup d'entre eux se sont suicidés en arrivant à l'âge adulte. Lorsque je suis devenu grand chef adjoint de la bande en 1988, plusieurs aînés m'ont demandé d'accorder une attention particulière à ces deux communautés. C'est là que les suicides ont commencé.

Ceci n'est qu'un facteur, mais combiné au milieu que j'ai décrit un peu plus tôt, ce type de traumatisme personnel suffit normalement à pousser un enfant au suicide.

Je crois que c'est l'une des raisons pour lesquelles il a commencé à y avoir des suicides.

Des spécialistes en santé mentale de Toronto m'ont également dit — et je ne sais pas qui peut le vérifier — qu'un pédophile agresse en moyenne 500 enfants avant d'être interpellé. J'ignore d'où ils sortent ce chiffre. L'homme dont j'ai parlé plus tôt a sévi pendant 17 ans. Il est déjà allé trois fois devant les tribunaux et il doit encore faire face à la justice. On a réussi à identifier un peu moins de 50 victimes. Personnellement, je crois qu'il y en a encore des centaines.

Au comité intergouvernemental dont j'ai parlé plus tôt, je voulais essayer une nouvelle méthode d'entraide. Celle-ci permet d'apprendre aux enfants à maîtriser leurs craintes et de leur expliquer aussi comment demander de l'aide. J'ai voulu expérimenter une méthode permettant de faire sortir les victimes de l'ombre. Elles se connaissent entre elles. Je voulais leur demander qui sont les autres et les faire venir pour les aider. Le comité intergouvernemental n'a pas approuvé ma démarche parce qu'il considérait que je n'avais pas de filet social.

C'est ce que j'essaie de construire actuellement, en mettant en place ces services en santé mentale et en essayant de traiter ces victimes.

Nous ne savons pas qui elles sont. Mon neveu s'est suicidé il y a deux ans. Je n'ai su qu'après sa mort qu'il avait été lui aussi victime de pédophilie lorsqu'il avait environ neuf ans. Comment éviter ce genre de chose? Ce n'est qu'un élément. Je sais qu'elles sont parmi nous, mais j'ignore où elles se trouvent. Que faire?

Mr. Blue: I think you have hit it exactly right. The peer counselling is exactly the stop-gap in both the identification and the treatment. You are right on.

Senator Keon: I cannot compete with the wisdom that I have experienced today. I think we have heard sufficient to roll up our sleeves and get busy with our report.

It is obvious everywhere we go that those of us who have been in the health field in our careers have had one miserable failure: We have failed to put adequate resources in the communities.

We have built our monuments and so forth, and there is no question most of them were needed. However, we simply forgot about the community resources that are necessary to deal with mental illness at every level but, in particular, at the Aboriginal level.

We are obliged to settle for nothing less than a structural framework that allows the people who know how to do the job to get the job done. These people need an appropriate network to identify the resources that they have and utilize them to the maximum.

It is a great privilege to have listened to all of you this afternoon and this morning. It was outstanding.

I repeat what I said this morning: For those of us who are non-Aboriginals, the Aboriginal situation is an embarrassment that we cannot afford to live with simply because we are embarrassed, we have a moral obligation to do something about it.

The committee adjourned.

M. Blue : Je pense que vous avez vu juste. L'entraide est exactement la mesure à prendre pour à la fois identifier et traiter les victimes. Vous avez tout à fait raison.

Le sénateur Keon : Je suis impressionné par la grande sagesse dont j'ai été témoin aujourd'hui. Je pense que nous en avons entendu assez et qu'il est grand temps de se retrousser les manches et de s'affairer à la rédaction de notre rapport.

C'est évident partout où nous allons : ceux d'entre nous qui ont travaillé dans le domaine de la santé se rendent compte qu'ils ont connu un échec lamentable; nous n'avons pas réussi à mettre en place les ressources adéquates dans les communautés.

Nous avons érigé des monuments et ainsi de suite, et il ne fait aucun doute que la plupart étaient nécessaires. Néanmoins, nous avons tout simplement oublié de nous occuper des ressources communautaires requises pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale à tous les niveaux et, en particulier, chez les Autochtones.

Nous sommes forcés de porter notre choix sur un cadre structurel permettant aux gens qui connaissent leur travail de bien le faire. Ces gens ont besoin d'un réseau adéquat pour savoir de quelles ressources ils disposent et comment les utiliser de manière optimale.

C'était un grand privilège que d'avoir entendu tous vos témoignages aujourd'hui. C'était très enrichissant.

Je répéterai ce que j'ai dit ce matin : ceux d'entre nous qui n'appartiennent pas à une première nation ont l'obligation morale de faire quelque chose pour que la situation autochtone change; nous ne pouvons pas nous permettre de la laisser perdurer.

La séance est levée.

Monday, September 20, 2005 (afternoon meeting)

Native Mental Health Association:

Bill Mussell, Chair.

North Peace Tribal Council:

Lorraine Boucher, Director of Health Programs.

Native Psychologists of Canada:

Dr. Arthur W. Blue, Psychologist.

National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization:

Debbie Dedam-Montour, Executive Director.

Nodin Counselling Services:

James Morris, Executive Director.

Nunavut Kamatsiaqtut Help Line:

Sheila Levy, President.

Dilico Ojibway Child and Family Services:

Arnold Devlin.

Le mardi 20 septembre 2005 (séance de l'après-midi)

Native Mental Health Association:

Bill Mussell, président.

North Peace Tribal Council:

Lorraine Boucher, directrice des programmes de santé.

Native Psychologists of Canada:

M. Arthur W. Blue, psychologue.

National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization:

Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive.

Nodin Counselling Services:

James Morris, directeur exécutif.

Nunavut Kamatsiaqtut Help Line:

Sheila Levy, présidente.

Dilico Ojibway Child and Family Services:

Arnold Devlin.



If undelivered, return **COVER ONLY** to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette **COUVERTURE SEULEMENT** à :
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Tuesday, September 20, 2005 (morning meeting)

Assembly of First Nations:

Valerie Gideon, Director of Health and Social Secretariat;

Shawn Atleo, Chief A-in-chut, B.C. Regional Chief.

Inuit Tapiriit Kanatami:

Onalee Randell, Director of Health.

Pauktuutit Inuit Women's Association:

Jennifer Dickson, Executive Director;

Leesie Nagitarvik.

National Aboriginal Health Organization:

Donna Lyon, Director.

Aboriginal Healing Foundation:

Dr. Gail Valaskakis, Director of Research.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mardi 20 septembre 2005 (séance du matin)

Assemblée des Premières Nations :

Valérie Gideon, directrice, Secrétariat à la santé et
développement social;

Chief A-in-chut (Shawn Atleo), chef régional de la Colombie
Britannique.

Inuit Tapiriit Kanatami :

Onalee Randell, directrice de la santé.

Pauktuutit Inuit Women's Association :

Jennifer Dickson, directrice exécutive;

Leesie Nagitarvik.

Organisation nationale de la santé autochtone :

Donna Lyon, directrice.

Fondation autochtone de guérison :

Dre Gail Valaskakis, directrice de la recherche.

(Suite à la page précédente)

